

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FERNANDA SCHIER DE FRAGA

TRANSTORNOS DO HUMOR NO PERIPARTO:
RASTREAMENTO E FATORES DE RISCO

CURITIBA

2020

FERNANDA SCHIER DE FRAGA

TRANSTORNOS DO HUMOR NO PERIPARTO:
RASTREAMENTO E FATORES DE RISCO

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tocoginecologia.

Orientador: Vivian Ferreira do Amaral
Coordenador: Jaime Kulak Junior

CURITIBA

2020

F811 Fraga, Fernanda Schier de
Transtornos do humor no periparto: rastreamento e fatores de
risco [recurso eletrônico] / Fernanda Schier de Fraga.
– Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Tocoginecologia. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Vivian Ferreira do Amaral

1. Gravidez. 2. Assistência perinatal. 3. Saúde mental.
4. Depressão. 5. Transtorno bipolar. I. Amaral, Vivian Ferreira do.
II. Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia. Setor
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLM: WQ 200



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO TOCOGINECOLOGIA E
SAÚDE DA MULHER - 40001016084P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em TOCOGINECOLOGIA E SAÚDE DA MULHER da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FERNANDA SCHIER DE FRAGA** intitulada: **Transtornos do humor no periparto: rastreamento e fatores de risco**, sob orientação da Profa. Dra. VIVIAN FERREIRA DO AMARAL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 31 de Julho de 2020.

VIVIAN FERREIRA DO AMARAL

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

SARAH CRISTINA ZANGHELLINI RUCKL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MARCO AURÉLIO KNIPPEL GALLETTA

Avaliador Externo (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO)

A minha mãe, Eliane Schier de Fraga, psicóloga exemplar e dedicada.

Ao meu pai, Rubens de Fraga Júnior, médico geriatra humano e ético.

Obrigada por me ensinarem a exercer minha profissão com empatia, amor e
reciprocidade, enxergando o paciente inteiramente.

Ao meu irmão, Gabriel Schier de Fraga por me ensinar a valorizar o “agora”.

Ao meu companheiro de jornada, Guilherme Bontorin Waller, obrigada pelo apoio,
paciência e incentivo sempre.

AGRADECIMENTOS

A Dra Vivian Ferreira do Amaral, que desde a graduação aceitou me guiar nesta grande jornada de aprendizado, obrigada por acreditar neste projeto e orientá-lo com tanto carinho;

A Dra Mônica Lima, que conduziu brilhantemente a análise estatística deste projeto, me ajudando prontamente em todas as dúvidas;

Ao Dr Narcizo Eduardo Leopoldo da Cunha Sobieray, que acreditou neste projeto quando ele ainda era ainda um Trabalho de Conclusão de Residência Médica em Ginecologia e Obstetria;

Ao Dr Dirceu Zorzetto, que notavelmente sugeriu as escalas de rastreamento e me incentivou em manter este projeto;

Ao Dr Tadeu Geisler, proprietário do IZA laboratório®, que atenciosamente recebeu e analisou as amostras hormonais;

A Dra Lenira Gaede Senesi, minha madrinha da medicina, por acreditar na importância da saúde mental perinatal e me apoiar sempre nesta jornada;

Ao Dr Rogério Fraga, meu tio e padrinho da medicina, que é um dos incentivadores da medicina centrada no paciente e exemplo de médico e humano;

Ao Dr Eduardo Jonson Serman, hoje ginecologista e obstetra, que me ajudou muito com as análises estatísticas e estruturais do projeto enquanto residente;

As acadêmicas de Medicina da UFPR Adelyne Mayara Tavares da Silva Sequinel e Beatriz Souza Lima Wan-Dall, que me ajudaram nas entrevistas com as pacientes, entrega de amostras sanguíneas, busca ativa de pacientes e estruturação do trabalho, extrapolando-o para suas iniciações científicas;

Aos residentes da psiquiatria Pedro Henrique Pereira Alvim, Gabriel Henrique Oliveira Garcia e Henrique Pandolfo, que gentilmente aplicaram as entrevistas estruturadas e prestaram auxílio as pacientes quando necessário;

Aos meus colegas de pós-graduação, que tornaram a caminhada mais leve e divertida;

As pacientes, que forneceram seu tempo e disposição para que a pesquisa pudesse ser realizada.

“Não há saúde física, sem saúde mental.”

Autor desconhecido.

RESUMO

Objetivo: O diagnóstico de transtornos de humor (TH) durante a gestação é complexo e muitas mulheres permanecem sem tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade das escalas de rastreamento de TH durante o acompanhamento perinatal em gestantes de alto risco no segundo trimestre e puerpério, a frequência de TH durante a gestação, os principais fatores de risco envolvidos e a relação dos níveis de estradiol e progesterona com a predisposição a TH. **Material e Método:** Foram selecionadas 61 gestantes no segundo trimestre para a aplicação dos questionários: Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), Questionário de Transtornos do Humor (QTH) e Perfil na Gestação. O rastreamento para episódios depressivos e maníacos foi considerado positivo com EPDS ≥ 13 e QTH ≥ 7 , respectivamente. A entrevista estruturada SCID-5 foi aplicada e obteve-se o diagnóstico categórico. Além disso, foi coletada a amostra sanguínea para dosagem dos níveis séricos de progesterona e estradiol. Após 40 dias de puerpério, as pacientes foram reavaliadas por contato telefônico com os questionários EPDS, QTH e Perfil no Puerpério. Os dados receberam análise estatística de acordo com os objetivos do estudo. **Resultados:** EPDS foi ≥ 13 em 19,7% dos casos, sendo a prevalência de episódio depressivo maior de 8,2%. QTH foi ≥ 7 em 36,1% das gestantes, com 16,4% diagnosticadas com transtorno bipolar. A sensibilidade e especificidade da EPDS e do QTH foram 80%, 92,1%, 70% e 70,6%, respectivamente. No puerpério, foram reavaliadas 46 pacientes, observando uma diminuição significativa na frequência de rastreamento positivo pela escala EPDS e QTH ($p < 0,001$). História pessoal prévia de transtorno psiquiátrico e relacionamento conflituoso com o parceiro aumentaram em cinco vezes o risco de TH perinatal. Não foi observada variação significativa da probabilidade de TH de acordo com os níveis de progesterona e estradiol. **Conclusão:** EPDS e QTH são eficazes para serem utilizados no acompanhamento perinatal. Foi identificado TH em cerca de 25% das gestantes, sendo que a EPDS ≥ 13 apresentou elevada acurácia e especificidade e o QTH ≥ 7 apresentou semelhante especificidade e sensibilidade. História pessoal prévia de transtorno psiquiátrico e presença de relacionamento conflituoso com o parceiro foram os principais fatores de risco associados ao TH e a dosagem sérica hormonal não se apresentou viável para avaliar a predisposição a TH na gestação.

Descritores: Saúde Mental Perinatal, Gestação, Depressão, Transtorno Bipolar, Escalas de Rastreamento

ABSTRACT

Objective: The diagnosis of mood disorders (MD) during pregnancy is complex and many women remain untreated. This research aimed to evaluate the effectiveness of perinatal screening tools in high-risk pregnancies during the second trimester and puerperium, the frequency of MD during pregnancy, its risk factors, and the relationship of estradiol and progesterone with the predisposition of MD. **Methods:** We selected 61 women in the second trimester to apply the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Mood Disorders Questionnaire (MDQ), and Pregnancy Profile. EPDS ≥ 13 and MDQ ≥ 7 were considered positive screening for depressive episodes and maniac symptoms, respectively. SCID-5, a structured interview, was applied for categorical diagnosis. Blood levels of progesterone and estradiol were evaluated. After 40 days of postpartum, patients were approached by telephone contact with EPDS, MDQ, and Puerperium Profile. Statistical analysis was evaluated according to the objectives of the study. **Results:** EPDS was positive in 19.7% of cases, while the prevalence of major depressive episode was 8.2%. MDQ was positive in 36.1% and 16.4% of the patients were diagnosed with Bipolar Disorder. EPDS and MDQ sensitivity and specificity were 80%, 92.1%, 70%, and 70.6%, respectively. During the puerperium, 46 patients were evaluated, observing a significant decrease in the frequency of positive screening by EPDS and MDQ ($p < 0,001$). Personal history of MD and conflicting relationship with a partner increased five times the risk of MD. There was no significant variation in the probability of MD according to the levels of progesterone and estradiol. **Conclusion:** EPDS and MDQ are effective to be used in perinatal support. MD was identified in almost 25% of pregnant women and the EPDS cutoff ≥ 13 showed high specificity and accuracy, while the MDQ ≥ 7 had similar specificity and sensitivity. Personal history of MD and conflicting relationship with partner were the main risk factors associated with MD. Serum hormonal dosage was not significant as a method for evaluating the predisposition of MD in pregnancy.

Keywords: Perinatal Mental Health, Pregnancy, Depression, Bipolar Disorder, Screening Tools

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO.....	11
1.2	OBJETIVOS.....	12
1.2.1	Objetivo geral.....	12
1.2.1	Objetivos secundários.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	MODIFICAÇÕES HORMONAIS NA GESTAÇÃO	15
2.2	TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO.....	20
2.2.1	Depressão maior perinatal.....	20
2.2.2	Transtorno bipolar perinatal	22
2.3	FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DO HUMOR.....	23
2.4	CONSEQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO.....	23
2.5	ESCALAS DE RASTREAMENTO	25
2.5.1	EPDS.....	25
2.5.2	QTH.....	27
2.6	MÉTODO DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DO HUMOR - SCID5 ®..	28
2.7	ORIENTAÇÕES PARA RASTREAMENTO	30
3	MATERIAIS E MÉTODOS	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	33
3.2	HIPÓTESE DE ESTUDO	33
3.3	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	33
3.4	POPULAÇÃO FONTE.....	33
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	34
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	34
3.7	POPULAÇÃO DE ESTUDO	35
3.8	AMOTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	35
3.9	VARIÁVEIS DE ESTUDO	35
3.9.1	Perfil na Gestação e Puerpério	35
3.9.2	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo - EPDS.....	37
3.9.3	Questionário de Transtorno do Humor - QTH.....	37
3.9.4	Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM5 - SCID- 5®.....	37

3.9.5	Avaliação Sérica Hormonal – Estradiol e Progesterona	38
3.10	PROCEDIMENTOS DE ESTUDO.....	38
3.10.1	Na gestação	38
3.10.2	No Puerpério	39
3.11	TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS.....	40
3.12	ANÁLISE ESTATÍSTICA	40
3.13	ÉTICA EM PESQUISA	41
3.14	MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	41
3.15	FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	42
4	RESULTADOS	43
4.1	COMPARAÇÃO ENTRE AS GESTANTES COM E SEM TRANSTORNO DO HUMOR – DEPRESSÃO OU TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR	53
4.2	FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DEPRESSIVO E BIPOLAR	55
4.3	PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	57
5	DISCUSSÃO	63
6	CONCLUSÕES	86
	REFERÊNCIAS.....	88
	ANEXO 1 – PERFIL GESTAÇÃO.....	102
	ANEXO 2 – PERFIL PUERPÉRIO.....	105
	ANEXO 3 – EPDS.....	107
	ANEXO 4 – QTH.....	111
	ANEXO 5 – SCID5®.....	114
	ANEXO 6 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA.....	152
	ANEXO 7 – ENCAMINHAMENTO PARA PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA.....	154
	ANEXO 8 – APROVAÇÃO PROJETO NO CEP.....	157
	ANEXO 9 – TCLE.....	167
	ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO.....	170

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO

Durante o ciclo gravídico-puerperal, os limites entre o fisiológico e patológico da saúde mental se estreitam. Neste cenário, a mulher fica vulnerável a alterações no humor, podendo apresentar sinais e sintomas de transtornos muitas vezes já estabelecidos, mas nunca diagnosticados (GELAYE, 2016; CAMACHO, 2006; KHAN, 2016).

O estrogênio e a progesterona são neuromoduladores do comportamento feminino (COMASCO, 2015). Dentre os transtornos de humor que ocorrem no período perinatal, muitas vezes influenciados pela oscilação hormonal, destacam-se a depressão maior e o transtorno bipolar.

A depressão perinatal pode ser definida como um episódio depressivo maior durante a gravidez ou até o primeiro mês do puerpério (APA, 2014). Após este período, por até um ano, se estabelece a depressão pós-parto (GAVIN, 2005). O transtorno bipolar tipo I é definido por episódio maníaco, podendo ter história de episódios hipomaníacos ou depressivos maiores, já o transtorno bipolar tipo II é caracterizado por episódio hipomaníaco e depressivo maior atual ou passado (APA, 2014).

Estudos demonstram que as repercussões dos transtornos do humor durante a gestação e puerpério excedem estes períodos. Filhos de mães não tratadas podem apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade, déficit no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldades na amamentação e até obesidade. As mães podem se distanciar afetivamente dos filhos, apresentando risco de suicídio e infanticídio (GELAYE, 2016; SHARMA, 2010; SHARMA, 2011; BROCKINGTON, 2004).

Apesar de conhecer a magnitude dos transtornos do humor, é inviável que os serviços de saúde encaminhem todas as gestantes para consulta com especialista (SANTOS, 2007). Contudo, muitos obstetras e médicos da atenção primária ainda deixam de avaliar a saúde mental por falta de conhecimento, treinamento insuficiente e insegurança (AVALOS, 2016).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é um questionário de rastreio de sintomas depressivos, enquanto o Questionário de Transtornos do

Humor (QTH) contém perguntas para rastrear pacientes que apresentaram episódios de mania (GELAYE, 2016; CAMACHO, 2006; KHAN, 2016; MARINI, 2014; HIRSCHFELD, 2000).

Ao rastrear somente os sintomas depressivos, não é feito o diagnóstico diferencial entre depressão unipolar e bipolar. Com isso, apoia-se a aplicação simultânea da EPDS e do QTH durante o período perinatal para que haja um adequado diagnóstico (SHARMA, 2011).

O rastreamento de transtornos do humor como parte da rotina pré-natal vem sendo recomendado por muitos *guidelines* nacionais e internacionais, apontando a crescente relevância deste tema na obstetrícia (CURRY, 2019; YATHAM, 2018; ACOG, 2015; AUSTIN, 2017; PATTEN, 2009; GALLETTA, 2016).

Avaliar os transtornos do humor em uma amostra de gestantes de alto risco, através do rastreamento e entrevista clínica, além de investigar os principais fatores de risco envolvidos, pode elucidar ainda mais a importância da saúde mental durante a assistência perinatal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a efetividade da EPDS e do QTH na identificação de sintomas depressivos e maníacos em gestantes de alto risco no segundo trimestre e no puerpério.

1.2.2 Objetivos secundários

- a) Estimar a frequência de TH – transtorno bipolar e depressão maior - no segundo trimestre de gestação pela SCID-5®, buscando a acurácia, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo do QTH e da EPDS no mesmo período gestacional.
- b) Avaliar os principais fatores de risco para TH na gestação e no puerpério.

- c) Avaliar os níveis séricos de estradiol e progesterona, no segundo trimestre de gestação e no puerpério, e sua relação com o diagnóstico de TH.

2 REVISÃO DE LITERATURA

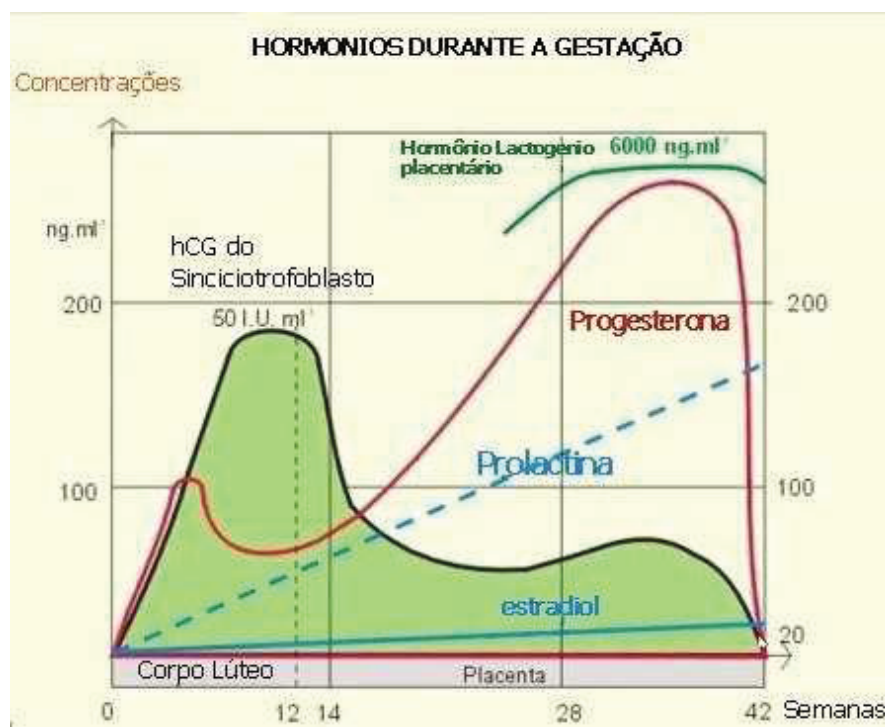
2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MODIFICAÇÕES HORMONAIS NA GESTAÇÃO

A gestação é um período único na vida da mulher. Durante a formação fetal intra-uterina, o sinciciotrofoblasto produz os hormônios betaHCG, relaxina, estradiol, progesterona e hormônio lactogênio placentário. A secreção de betaHCG induz o ovário a produzir progesterona e estradiol, juntamente com o aumento do Hormônio Luteinizante (LH), que estimula diretamente o corpo lúteo. O pico de betaHCG ocorre com dez semanas de gestação e depois inicia a sua queda (PAULEV, 2002).

O corpo lúteo, então, assume a produção de progesterona, que atinge seu primeiro pico (FIGURA 1). Depois do primeiro trimestre, a placenta assume parte da produção da progesterona, que é mantida também pelos ovários, com o maior pico ocorrendo dias antes do nascimento. A progesterona tem a função de inibir as contrações uterinas através do relaxamento do útero, com seus efeitos sendo percebidos em diversos outros órgãos (PAULEV, 2002).

FIGURA 1 – VARIAÇÃO HORMONAL SÉRICA NA GESTAÇÃO

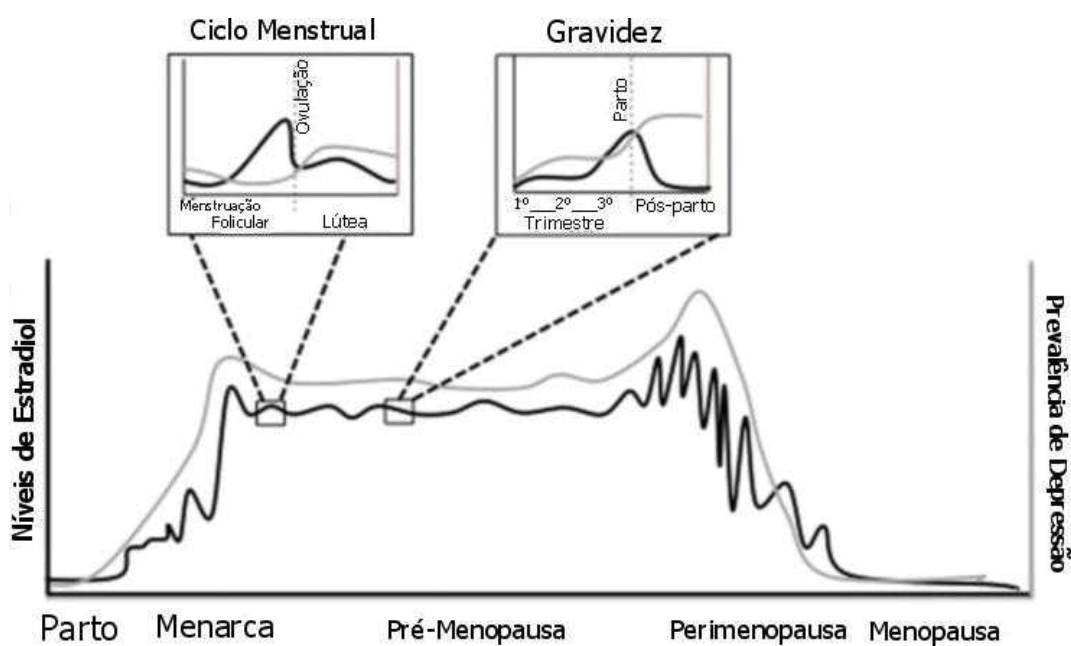


FONTE: Adaptado de Paulev, 2002

A unidade feto-placentária mantém a gestação através da produção dos hormônios, sendo que o estradiol, ao se elevar gradualmente, atua como estimulante do miométrio e das mamas. A gestante entra em estado de amenorréia pelo bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano causado principalmente pelos altos níveis de progesterona. Postula-se que, alguns dias antes do parto, a progesterona apresente um pico seguido de queda, gerando uma dessensibilização dos receptores de ocitocina que, associada a distensão do útero, desencadeia as contrações do trabalho de parto (PAULEV, 2002).

O estrogênio e a progesterona são hormônios esteroidais derivados da modificação enzimática do colesterol. Nas mulheres, a produção ocorre primariamente no ovário, mas também na glândula adrenal e tecido adiposo. As gonadotropinas modulam a síntese dos hormônios sexuais e sua secreção, sendo que os diferentes estágios da vida reprodutiva são caracterizados de acordo com estes níveis hormonais (FIGURA 2). Estrogênio e progesterona apresentam-se em baixas concentrações na infância, na pré menarca começam a se elevar e a partir da primeira menstruação mantêm suas alterações conforme o ciclo menstrual, que dura ao redor de 30 dias (PAULEV, 2002).

FIGURA 2 – FLUTUAÇÕES HORMONAIS AO LONGO DA VIDA REPRODUTIVA



FONTE: Adaptado de Borrow, 2014

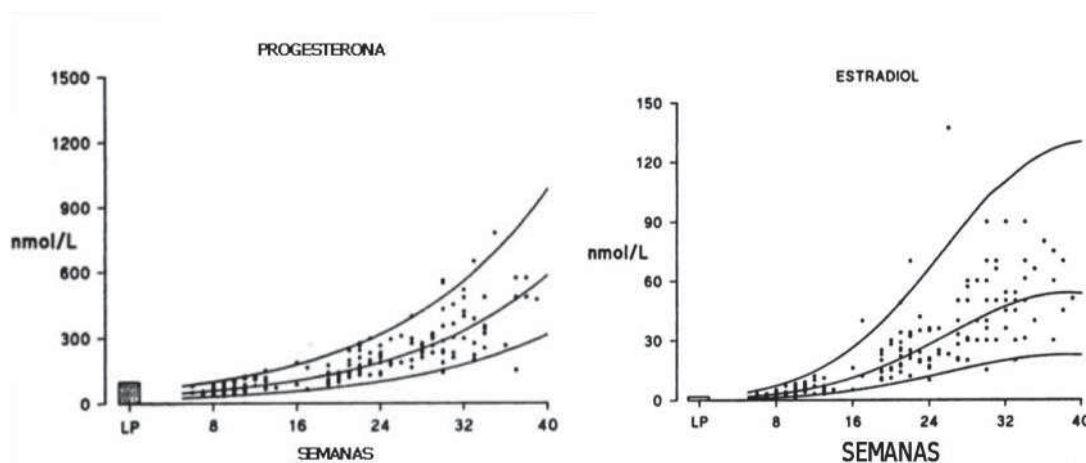
A incidência de depressão é maior durante os anos reprodutivos, sugerindo que os hormônios sexuais tenham um importante papel na sua etiologia, principalmente na gestação e no pós-parto (BRUMELTE, 2005).

Durante a gestação, estrogênio e progesterona aumentam ao longo dos três trimestres e após a dequitação placentária retomam a seus índices de fase folicular (GREEN, 2008; SCHILLER, 2016).

Rado e colaboradores em 1970 postularam que as concentrações de estradiol eram estáveis duas a três semanas antes do parto até a saída da placenta, quando declínios significantes ocorreriam (RADO, 1970).

Tulchinsk e colaboradores também correlacionaram as variações hormonais da gestação, mostrando que tanto estradiol quanto progesterona elevam-se até o momento do parto (FIGURA 3) (TULCHINSKY, 1972).

FIGURA 3 – FLUTUAÇÃO HORMONAL AO LONGO NA GESTAÇÃO



FONTE: Adaptado de Tulchinsky, 1972

Turnbull e colaboradores em 1974 estimaram que a progesterona triplica entre 20 e 36 semanas, caindo a níveis de 105 ng/ml com 40 semanas, enquanto o estradiol dobraria entre 20 e 36 semanas e novamente nas últimas semanas da gestação, atingindo um pico máximo até 40 semanas. Após o parto, os níveis de progesterona se reduziram em cinco semanas (TURNBULL, 1974).

Em meados dos anos 2000, Bloch e colaboradores sugeriram que o estrogênio no pós-parto chegaria a níveis foliculares em um a três dias e a

progesterona entre o terceiro e sétimo dia, estabilizando após duas semanas, com retomada da ovulação de quatro a 12 semanas nas mulheres sem amamentação (BLOCH, 2003).

Estudos recentes também indicam que as mudanças nos níveis hormonais ocorrem de maneira diferente ao longo dos períodos gestacionais. Os níveis de progesterona aumentam em 20 vezes no início da gestação e se mantêm elevados, enquanto os níveis de estradiol estão mais de 200 vezes aumentados ao redor da vigésima semana de gestação (BRUMMELTE, 2010; BRUMMELTE, 2016).

Quase que imediatamente após o parto, a progesterona reduz a níveis semelhantes aos do início da gestação, podendo levar a sintomas depressivos em algumas mulheres (BRUMMELTE, 2010). Além disso, há mudanças na massa cinzenta cerebral, gerando alterações cognitivas como distúrbios de memória e problemas na concentração na gestação e no pós-parto. (CÁRDENAS, 2019).

Como o estrogênio tem uma ação protetora sobre a neurotransmissão central, sobretudo em áreas que interferem no humor, emoções e comportamentos, baixos níveis desse hormônio podem estar relacionados a depressão pós-parto (FINK, 1996). Flutuações dramáticas nos níveis de estradiol parecem estar associadas com o humor deprimido devido ao aumento da expressão da proteína SERT (proteína transportadora de serotonina), que resulta na diminuição dos níveis de serotonina. Essa redução poderia estar relacionada à etiologia da depressão, entretanto uma relação causal ainda não foi estabelecida (BRUMMELTE, 2016).

Há receptores de estrogênio alfa e beta distribuídos em todas as áreas cerebrais, sendo uma delas a amígdala, parte do sistema límbico envolvida em memórias emocionais (TAN, 2018). A aromatase, enzima responsável pela aromatização de androgênios em estrogênios, age nas fendas pré e pós-sinápticas dos neurônios, sugerindo que as formas neuroativas do estrogênio possam agir como neuromoduladores na sinapse. Por isso, a queda no estrogênio reduz a expressão dos receptores de serotonina, que poderiam ser restaurados com a administração de estrogênio exógeno, mas a maioria dos estudos não conseguiu comprovar esta associação (SCHILLER, 2015).

Bloch e colaboradores demonstraram que mulheres vulneráveis a alterações do humor têm uma sensibilidade às flutuações hormonais. Cerca de 62% das mulheres com história de depressão pós-parto desenvolveram sintomas de

humor em resposta a retirada de estrogênio e progesterona sintéticos (BLOCH, 2000). Estudo de O'Leane e colaboradores observou que os sintomas depressivos eram inversamente proporcionais aos níveis de estradiol (YIM, 2015).

Não há evidência disponível afirmando que mulheres com depressão pós-parto teriam maiores variações absolutas no estradiol e na progesterona (SCHILLER, 2016). Apesar das grandes modificações nos esteróides, o que realmente parece influenciar na predisposição aos transtornos do humor são as diferenças interindividuais nos níveis absolutos hormonais e a maneira com que os receptores respondem. Ou seja, é a queda dos hormônios associada a resposta dos receptores de estrogênio e alterações celulares dinâmicas na expressão de genes específicos em pacientes vulneráveis, que poderia explicar parte da gênese da depressão perinatal (BLOCH, 2000; BRUMMELTE, 2010; BRUMMELTE, 2016; PAYNE, 2009; RYAN, 2008; RUDZINSKAS, 2020).

Considera-se que as propriedades neuroprotetoras, ansiolíticas e sedativas da progesterona estão relacionadas a ações da alopregnanolona, um de seus metabólitos 3α -reduzidos e modulador alostérico forte do receptor GABA-A, que aumenta cerca de dez vezes durante a gestação e apresenta queda importante após o parto (OSBORNE, 2017; SCHILLER 2015; BLOCH, 2003; WALTON, 2019, BRINTON, 2008). O estradiol aumenta a alopregnanolona endógena e sua redução gera flutuações que resultam na falência do GABA e consequente vulnerabilidade a depressão (JOFFE, 2020; WALTON, 2019; OSBORNE, 2017).

A presença da alopregnanolona faz com que as fendas sinápticas e extra-sinápticas do GABA sejam estimuladas, facilitando a inibição fásica e tônica na membrana pós-sináptica, o que melhora os efeitos depressivos e ansiosos (MELTZER-BRODY, 2020; WALTON, 2019; PAYNE, 2009). A progesterona sintética não é metabolizada em alopregnanolona e assim possui menores fatores neuroativos (CATENACCIO, 2016; SCHILLER, 2016). Sugere-se que os medicamentos que atuam como Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) ativem a enzima 3α -hidroxiesteróide desidrogenase (3α -HSD), aumentando a disponibilidade de alopregnanolona e por isso sejam tão efetivos para depressão nos períodos reprodutivos (PAYNE, 2009). Recentemente um análogo sintético da alopregnanolona, a brexanolona, foi aprovado nos Estados Unidos para tratamento

de depressão pós-parto grave e os resultados são promissores (MELTZER- BRODY, 2018; WALTON 2019; JOFFE, 2020).

A fisiopatologia dos transtornos do humor no período perinatal é multifatorial e ainda não foi esclarecida. Não se sabe se os transtornos manifestos no ciclo gravídico-puerperal são exatamente os mesmos do período não gestacional. Há fatores inflamatórios, hormonais, genéticos e comportamentais envolvidos, o que faz com que os estudos sejam complexos e a relação de causalidade ainda seja um grande desafio (THOMSON, 2017; TAN, 2018).

2.2 TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO

2.2.1 Depressão maior perinatal

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição (DSM-5), a depressão maior caracteriza-se como a presença de cinco dos seguintes sintomas, que devem estar presentes e persistentes por um período de pelo menos duas semanas - humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso ou apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar, de concentrar-se, indecisão e pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014).

Há divergências na literatura quanto à cronologia da depressão perinatal. O DSM- 5 incluiu o termo depressão “com início no parto”, para englobar os episódios na gestação até quatro semanas do nascimento, enquanto o DSM-IV restringia-se apenas à presença de sintomas no pós-parto (CANTILINO, 2010; MILGROM, 2014). Gelaye e colaboradores consideram a depressão perinatal como um episódio depressivo persistente, não psicótico, de moderada a intensa severidade, durando pelo menos duas semanas, com início na gestação até 12 meses do parto (GELAYE, 2016).

Episódios depressivos afetam as mulheres de toda a sociedade, em todas as classes sociais, se apresentando muitas vezes de uma maneira subclínica no período perinatal (BANTI, 2011). Os sintomas como cansaço, fadiga, tristeza, choro e sentimento de incapacidade fazem com que essa patologia seja devastadora (MILGROM, 2014).

A relutância e omissão das mulheres em relatar modificações no seu humor, geralmente por medo e culpa, contribui para a dificuldade do reconhecimento desta patologia por parte dos profissionais de saúde (CAMACHO, 2006; ACOG, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o pós-parto como o período até um ano do nascimento, sendo que a depressão nesta fase chega a afetar 13% das mulheres em todo o mundo (STEWART, 2003; MILGROM, 2014). Gelaye e colaboradores, em revisão sistemática, encontraram que a prevalência da depressão no anteparto em países de baixa renda é de 25,8%, enquanto no pós-parto diminui para 19,7% (GELAYE, 2016). A prevalência dessa patologia depende da população, do momento e da natureza do método de avaliação aplicado, variando nos estudos brasileiros entre 7,2 e 43% (CANTILINO, 2010; LOBATO, 2011).

A prevalência da depressão também pode variar entre os trimestres da gestação (BANTI, 2011). Gavin e colaboradores encontraram 11% de depressão maior no primeiro trimestre e 8,5% no segundo trimestre, diagnosticados através das entrevistas clínicas estruturadas (GAVIN, 2005). Bennet e colaboradores demonstraram uma prevalência de 7,4% no primeiro trimestre, seguida de 12,8% no segundo trimestre e 12% no terceiro trimestre (BENNET, 2004).

Milech e colaboradores demonstraram que a prevalência de transtornos do humor na gestação é mais elevada inclusive do que o diabetes gestacional, o qual acomete cerca de 7% das gestantes no Brasil e tem muitos critérios para diagnóstico, tratamento e prevenção (MILECH, 2016). As consequências para os recém-nascidos de mães com transtornos do humor sem acompanhamento podem ser tão prejudiciais quanto o não tratamento do diabetes gestacional (ÇELIC, 2016).

Apenas 40% dos episódios depressivos do pós-parto começaram neste período, o que demonstra a importância da investigação destes sintomas na gestação. Apenas 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária, aumentando consideravelmente o risco de recaídas e suicídio (THOMSON, 2017; PAINE, 2003; MUNK-OLSEN, 2016).

A depressão pós-parto é um transtorno frequentemente negligenciado, seja pelas características socioculturais ou pela minimização dos sintomas pelas pacientes. Quando não diagnosticada nem tratada, ela pode durar muitos anos,

aumentando o risco para novos episódios e ocasionando comprometimento psicossocial importante (FIGUEIRA, 2009).

2.2.2 Transtorno bipolar perinatal

Usualmente diagnosticado em mulheres entre 18 e 30 anos, o transtorno do humor bipolar pode apresentar sua primeira manifestação no período perinatal (SHARMA, 2010; RUSNER 2016). Embora apresente cerca de um por cento de prevalência em homens e mulheres, sugere-se que os episódios depressivos do transtorno bipolar possam ser mais comuns em mulheres, sendo muitas vezes abordado pelos profissionais de saúde como depressão maior (PAYNE, 2003; SHARMA, 2010).

O transtorno bipolar tipo I é definido por episódio maníaco, podendo ter história de episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. Já o transtorno bipolar tipo II é caracterizado por episódio hipomaníaco e depressivo maior atual ou passado (APA, 2014). O termo especificador incluído pelo DSM-5 “com início no periparto” pode ser usado tanto para depressão maior quanto para episódios maníacos e hipomaníacos com início durante a gestação até quatro semanas de pós-parto, sendo que alguns autores consideram o período pós-parto por até um ano (THOMSON, 2017).

Mulheres com história prévia de transtornos psiquiátricos que apresentam recaída durante a gestação são altamente propensas ao diagnóstico de transtorno bipolar do humor (SHARMA, 2010). Episódios de hipomania ou mania, diferentemente dos episódios depressivos, são mais comuns no pós-parto imediato, com estudos estrangeiros demonstrando prevalência entre 9 e 20% (SHARMA, 2011). O subdiagnóstico desses quadros se traduz pela euforia comum do pós-parto gerada pelo nascimento do bebê, sendo acompanhadas geralmente das alterações no sono, apetite e da libido (ACOG, 2015; SHARMA, 2011).

Como o transtorno bipolar é uma doença altamente hereditária, sabemos que a história familiar psiquiátrica é importante para o adequado acompanhamento das pacientes (THOMSON, 2017).

Uma variante mais preocupante do transtorno bipolar sem acompanhamento na gestação é a psicose puerperal, cujos sintomas incluem desorganização do

comportamento, delírios e alucinações, sintomas prejudiciais para mãe e para o recém-nascido (SCHILLER, 2015). Uma detecção precisa das pacientes acometidas com transtorno bipolar pode ajudar a estabelecer o tratamento adequado, reduzindo o risco de suicídio e infanticídio (APA, 2014).

2.3 FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DO HUMOR

A alta prevalência da depressão periparto em países de baixa renda está relacionada a presença dos fatores de risco como relacionamento conflituoso e violência pelo parceiro, pouco suporte social, baixo índice educacional, tabagismo, abuso de drogas, eventos obstétricos e neonatais adversos, pré-eclampsia, gravidez não desejada, dentre outros (GELAYE, 2016; ACOG, 2015). Tsakiridis e colaboradores observaram que os fatores de risco mais prevalentes para transtornos do humor em gestações de alto risco seriam a idade materna avançada, baixo nível educacional, insatisfação com o relacionamento, tabagismo, diabetes, histórico psiquiátrico, ansiedade, paridade, pré-eclampsia e oligodrâmnia (TSAKIRIDIS, 2019). A baixa assistência pré-natal, insônia, uso de drogas, pouco apoio do parceiro e gravidez não desejada também são considerados fatores de risco relacionados a esses episódios no periparto (SHARMA, 2010; SHARMA, 2011; FREY, 2012).

2.4 CONSEQUÊNCIAS DOS TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO

Estudos têm mostrado que as repercussões dos transtornos do humor durante a gestação e puerpério excedem esse período. Filhos de mães não tratadas podem apresentar baixo peso ao nascer, prematuridade, déficit no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldades na amamentação e até obesidade durante a infância. As mães podem se distanciar afetivamente dos filhos, apresentando risco de suicídio e infanticídio (GELAYE, 2016; SHARMA, 2010; SHARMA, 2011; FREY, 2012; BROCKINTON, 2004).

Zou e colaboradores observaram que as crianças expostas à depressão grave materna durante o período perinatal apresentam redução no volume das substâncias branca e cinzenta cerebral, com maior propensão para hiperatividade e

déficit de atenção (ZOU, 2019). Já no pós-parto, a menor interação com o recém-nascido, devido aos sintomas depressivos maternos, gerou problemas de responsividade e externalização dos sentimentos na infância (TSAKIRIDIS 2019; VERBEEK, 2012 ACOORT, 2017; USPSTF 2019).

Mulheres com transtorno bipolar são mais propensas a apresentarem hipertensão gestacional, hemorragia anteparto, maior necessidade de induzir o parto, aumento de cesarianas, feto pequeno para idade gestacional, prematuridade e outros transtornos do humor no período pós-natal (RUSNER, 2016).

Em estudo realizado por Netsi e colaboradores foi observado que os sintomas depressivos podem permanecer até onze anos após o parto. Persistente ou não, a depressão no puerpério dobrou o risco de distúrbios no comportamento infantil, dado o pouco envolvimento materno com a criança. Mães com depressão persistente grave tiveram quase cinco vezes mais chance de apresentar filhos com problemas de comportamento na idade de três anos, apresentando menores notas em matemática e uma chance oito vezes maior de ter filho com depressão aos 18 anos de idade (NETSI, 2018).

As evidências são claras de que o estresse na gestação afeta a epigenética do feto intraútero, promovendo alterações cognitivas e de comportamento na infância. Além disso, gestantes depressivas se cuidam menos, tornam-se improdutivas e acabam evoluindo com nutrição inadequada, parto prematuro e desfechos obstétricos desfavoráveis (MILGROM, 2014). O parto prematuro pode ocorrer em 12% das gestações e baixo peso ao nascer em aproximadamente 8% delas. Ambos podem elevar a morbidade neonatal com consequências negativas a longo prazo para o bebê (PEARLSTEIN, 2015).

Xu e colaboradores demonstraram que mulheres com depressão apresentam mais idas à emergência hospitalar (XU, 2016). Um estudo em gestantes americanas observou que a visita à emergência na gestação era um marcador de início tardio de pré-natal, além da presença de inúmeros fatores de risco psicossociais como tabagismo, abuso de substâncias e histórico de abuso sexual. O estudo alertou quanto à oportunidade de realizar intervenções como rastreamento de transtornos do humor nestas consultas, de modo a identificar oportunamente estas pacientes (MALIK, 2017; BARKER, 2016).

Em países do Reino Unido, o impacto da depressão perinatal não tratada pode chegar a 74 mil libras (BAUER, 2014). O custo de mulheres com depressão pós-parto nos Estados Unidos é 90% maior do que as mulheres sem depressão, principalmente devido ao aumento das idas às emergências materna e infantil (EARLS, 2019).

Portanto, investir na saúde mental perinatal não envolve apenas a melhoria da saúde da mãe e de suas famílias, mas também da sociedade como um todo (BAUER, 2014).

2.5 ESCALAS DE RASTREAMENTO

2.5.1 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, do inglês “*Edinburgh Postnatal Depression Scale*” (EPDS), foi desenvolvida por Cox e colaboradores em 1987, no Reino Unido, com objetivo de detectar as mulheres propensas a desenvolver depressão pós-parto (COX, 1987). É composta de dez perguntas sobre como a pessoa se sentiu na última semana, sendo a pontuação realizada conforme as respostas obtidas, compondo escore máximo de 30 pontos (SANTOS, 2007).

Da Silva e colaboradores foram um dos primeiros a usarem a EPDS no Brasil, aplicando o questionário após traduzi-lo para o português, em uma pequena amostra de gestantes e puérperas brasileiras. Utilizando o ponto de corte ≥ 13 , obtiveram sensibilidade de 73% e especificidade de 90,5%, mas foi apenas em 2004 que o questionário foi realmente validado em puérperas (DA SILVA, 1998; SANTOS, 2007). Até 2011 a EDPS não havia sido validada em uma população de gestantes brasileiras, quando Brancaglioni e colaboradores confirmaram que as propriedades psicométricas da escala eram mantidas, sugerindo um ponto de corte de ≥ 9 para uma sensibilidade de 90% e especificidade de 70% em gestantes no segundo trimestre (BRANCAGLIONI, 2013).

A EPDS não é uma escala diagnóstica, e sim, de rastreio. Com cinco minutos de aplicação, a força tarefa americana mostrou que o ponto de corte ≥ 13 promoveu uma sensibilidade variando entre 67-100% e especificidade 87-100%. O risco para depressão em três a cinco meses nas pacientes que realizaram

acompanhamento e receberam orientações apresentou uma redução de 28-59% (PEARLSTEIN, 2015; THOMSON, 2017).

Com propriedades psicométricas bem estabelecidas, a EPDS é a escala com maior acurácia entre os instrumentos de rastreio e os escores variam de população para população (MILGROM, 2014; CHORWE- SUNGANI, 2017). Acredita-se que há diferentes pontos de corte inclusive entre os trimestres (MATTHEW, 2017). Kozinski e colaboradores sugerem que cada país valide a EDPS em cada trimestre de gestação e no pós-parto para melhorar sua acurácia, verificando quais os melhores pontos de corte em cada período (KOZINSZKY, 2015). É necessário estar atento na contabilização do escore da EPDS, pois cada resposta tem um peso, e se não houver treinamento adequado pode haver erro na contabilização dos pontos (MATTHEY, 2017).

Devido a sensibilidade dos instrumentos de rastreio, sintomas normais da gestação podem muitas vezes ser avaliados como indicadores de depressão, acarretando escores mais elevados (CASTRO E COUTO, 2015). A EPDS foi formulada com o objetivo de evitar questões que pudessem resultar em falsos positivos, retirando do questionário os sintomas somáticos comuns da gestação e pós-parto, como mudanças no apetite e alterações no sono (MILGROM, 2014; THOMSON, 2017). As questões quatro e cinco da escala podem detectar níveis de ansiedade através das respostas as questões “Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão” e “Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo”, enquanto as questões três e dez avaliam culpa e pensamento suicida – “Eu tenho me sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas” e “A idéia de fazer mal a mim mesma passou pela minha cabeça” (DA SILVA, 1998; BANTI, 2011, MILGROM, 2014; MATTHEY, 2017).

A EPDS é uma escala breve, facilmente interpretada, sem custo e disponível em vários idiomas, sendo aplicável em qualquer grupo socioeconômico (CLARK, 2015; CHORWE- SUNGANI, 2017).

2.5.2 Questionário de Transtornos do Humor

O questionário de transtornos do humor (QTH), traduzido do inglês *Mood Disorder Questionary* (MDQ) é uma forma de rastrear pacientes que tiveram ou apresentam episódios de mania (SHARMA, 2011).

Desenvolvido por Hirschfeld e colaboradores em 2000 e validado no Brasil por Castelo e colaboradores em 2010, é uma ferramenta diagnóstica dividida em três sessões. A primeira sessão consiste em treze perguntas de sim ou não baseadas nos critérios diagnósticos do DSM- IV e na experiência clínica dos autores sobre espectro bipolar. A segunda sessão identifica se os sintomas investigados ocorreram num mesmo período de tempo, sendo que a terceira avalia a repercussão que esses sintomas tiveram na vida do entrevistado (HIRSCHFELD, 2000; CASTELO, 2010).

As propriedades psicométricas do QTH variam conforme a população estudada (SHARMA, 2011). Acredita-se que, por avaliar os sintomas de mania durante a vida da paciente, minimiza o possível viés que as alterações normais da gravidez provocam e poderiam ser interpretadas como sintomas de mania no período perinatal (MERRIL, 2015).

Na escala validada na população geral brasileira por Castelo e colaboradores, um escore maior ou igual a oito, com a sintomatologia ocorrendo num mesmo período de tempo, de repercussão mais ou menos grave ou muito grave, demonstra a presença de espectro bipolar, gerando a necessidade de investigação aprofundada para diagnóstico definitivo (SHARMA, 2011; HIRSCHFELD, 2015; CASTELO, 2010). Neste modelo de interpretação, o questionário apresentou uma sensibilidade de 91% e especificidade de 66% entre os pacientes entrevistados (CASTELO, 2010).

Este mesmo questionário foi validado para o uso no período puerperal por Sharma e colaboradores (SHARMA, 2011), que, considerando o escore tradicional, observaram uma sensibilidade de 75,44% e especificidade de 86,76%. Ao aplicar apenas as 13 perguntas da primeira parte do questionário, manteve escore positivo com oito ou mais respostas afirmativas e a sensibilidade observada foi de 87,72%, enquanto a especificidade foi de 85,29%.

Outros autores confirmaram que o QTH sem as duas últimas partes pode torná-lo mais sensível do que o questionário completo, além de permitir maior facilidade e rapidez na aplicação da escala, com melhor entendimento por parte do paciente e abrangência diagnóstica (MERRIL, 2015; FREY, 2012).

Frey e colaboradores foram os primeiros a aplicarem este questionário em uma população de gestantes. No estudo, aplicaram em gestantes e puérperas, sendo que o escore tradicional apresentou pobre sensibilidade (39%) e boa especificidade (91%), mas ao considerar o ponto de corte como sete ou mais respostas afirmativas sem as questões suplementares, obtiveram 89% de sensibilidade, 84% especificidade e 43% de valor preditivo positivo (FREY, 2012).

Utilizar esse método de rastreio no período periparto, incluindo a gestação, é válido para que seja possível identificar e diferenciar os casos de depressão unipolar e bipolar precocemente, de modo a intervir adequadamente nas pacientes com estes diagnósticos (MERRIL, 2015; FREY, 2012).

2.6 MÉTODO DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DO HUMOR - SCID – 5 ®

A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5®) é um guia de entrevista para a realização dos principais diagnósticos do DSM-5, anteriormente diagnosticados no Eixo I. Ela é aplicada por um clínico ou por um profissional da saúde mental treinado que esteja familiarizado com a classificação e com os critérios diagnósticos (FIRST, 2017).

A SCID-5® foi publicada pela *American Psychiatric Association Publishing* em agosto de 2014, sendo traduzida para o português em janeiro de 2015. Este formato de entrevista pode ser usado de várias formas: (1) para assegurar que todos os principais diagnósticos do DSM-5 sejam sistematicamente avaliados, (2) para selecionar a população de um estudo, (3) para caracterizar uma população de estudo em termos de diagnósticos psiquiátricos atuais e passados e (4) para aprimorar as habilidades de entrevistas de estudantes e profissionais em saúde mental (FIRST, 2017).

A SCID foi originalmente elaborada como um documento único para ser usado por pesquisadores e por clínicos, porém, ao extrair dados potencialmente

úteis de modo que ficasse mais simples, perdeu detalhes e acabou sendo considerada complexa demais para ser utilizada na prática clínica (FIRST, 2017).

Desse modo, existem três versões da SCID: versão clínica, versão de pesquisa e versão de ensaios clínicos. A versão clínica é mais simples e feita para cobrir os diagnósticos que mais aparecem na prática clínica, podendo também ser usada pra pesquisa (FIRST, 2017). Este guia de entrevista é separado em dez módulos diagnósticos independentes. Os transtornos são avaliados no período de tempo atual ou ao longo da vida do paciente (FIRST, 2017).

A linguagem e a cobertura diagnóstica fazem a SCID-5® ser mais adequada para o uso em adultos (a partir dos 18 anos). Os questionários da SCID começam com itens de visão geral sobre o transtorno atual e episódios anteriores, os quais fornecem as hipóteses diagnósticas, sendo que depois se sistematiza em critérios particulares do DSM-5, num fluxo diagnóstico contínuo de modo a testar as possibilidades de diagnóstico do paciente (FIRST, 2017).

As classificações com base na SCID refletem a presença ou ausência dos critérios diagnósticos do DSM-5, e não necessariamente a resposta que o paciente deu à pergunta. As respostas são marcadas como “-” ou “+” para critérios de sintomas que fazem parte de um *continuum*, ou marcadas como sim ou não para critérios de sintomas dicotômicos. A decisão por marcar uma resposta ou outra depende mais do julgamento clínico de quem aplica a escala do que da resposta do paciente em si, podendo ser necessário investigar mais o sintoma antes de sua inclusão. O aplicador obterá o diagnóstico preenchendo a Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, com duração da entrevista variando entre 45 a 90 minutos (FIRST, 2017).

Conforme Cantilino e colaboradores, quando o diagnóstico de depressão é baseado em uma entrevista clínica, sua frequência é sensivelmente inferior e possivelmente mais próxima da real estimativa do agravo (CANTILINO, 2010). Entre as entrevistas diagnósticas para classificação de depressão na pesquisa, as entrevistas semi-estruturadas como SCID, baseada nos critérios do DSM, são indicadas para serem administradas por profissionais treinados, que, utilizando seu julgamento, vão inferir a presença ou não dos sintomas (LEVIS, 2019).

2.7 ORIENTAÇÕES PARA RASTREAMENTO

Dada a convivência direta com os profissionais de obstetrícia, o momento perinatal é o mais indicado para a investigação de transtornos do humor, sendo estimulado por muitos guidelines.

A *United States Preventive Services Task Force* recomenda que as pacientes com fatores de risco para depressão perinatal devem receber aconselhamento (CURRY, 2019), sendo também indicado o rastreamento para depressão na gestação e no pós-parto (SIU, 2016). Esta sociedade não aponta medidas de diferenciação entre depressão unipolar e bipolar (CURRY, 2019).

O *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) sugere que as pacientes com sintomas depressivos na gestação ou no pós-parto sejam rastreadas para transtorno bipolar através da ferramenta QTH (YATHAM, 2018; PATTEN, 2009).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda o rastreio para depressão ao menos uma vez durante o periparto, através dos instrumentos validados, destacando a necessidade de assegurar seguimento e tratamento quando estabelecida a suspeita diagnóstica. Porém, esta sociedade ainda não recomenda o rastreio para depressão bipolar, apenas orienta que as pacientes com histórico de mania ou que triem positivo para depressão, sejam encaminhadas imediatamente para psiquiatria antes de iniciar uma terapêutica ainda no pré-natal (ACOG, 2018; MASTERS, 2019).

O *Australian Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders in the Perinatal Period* sugere o uso da EPDS por todos os profissionais de saúde como componente da avaliação para sintomas de depressão e ansiedade no período antenatal e pós-natal, sendo que escores entre 10 e 12 pontos identificam a presença de sintomas de angústia que podem estar gerando desconforto na mulher, sugerindo nova aplicação da escala em duas a quatro semanas. Escores de 13 pontos ou mais exigem avaliação mais aprofundada de um especialista em saúde mental, pois indicam uma alta probabilidade de depressão, tendo uma sensibilidade moderada e alta especificidade para detecção de depressão maior na gestação e no pós-parto. Este *guideline* é claro em orientar o uso da EPDS traduzido e ponto de corte adequado para a população em questão,

incluindo os obstetras como os responsáveis em realizar este rastreamento nas consultas (AUSTIN, 2017).

No Brasil, a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo faz recomendações para depressão pós-parto, não citando formas de rastreamento no período gestacional, mas orienta que o obstetra esteja atento aos fatores de risco da paciente e encaminhe a mesma para o profissional de saúde mental quando necessário (GALLETTA, 2016).

A posição da Sociedade Internacional Marcé em saúde mental perinatal se mostra a favor da realização de avaliação psicossocial universal em mulheres no período perinatal, desde que ocorra dentro de um modelo de atenção integrado. Além disso, enfatiza que esta abordagem é uma oportunidade para educar as mulheres e suas famílias sobre questões psicossociais (AUSTIN, 2017).

Novas recomendações sugerem que inclusive os pediatras participem do processo de rastreio, atuando na redução do estigma ao aplicar a EPDS nas mães durante as consultas de puericultura mensalmente, por pelo menos seis meses (ACOG 2015; BYATT, 2018; EARL, 2018; EPIFANIO, 2015). Porém, isto não é uma realidade no dia a dia. Sudhanthar e colaboradores avaliaram a aplicação da escala EPDS em uma clínica de pediatria e a taxa de adesão pelos pediatras era realmente reduzida. Sabe-se que depressão pós-parto influencia a descontinuação da amamentação, dificuldades no sono, fadiga materna e redução nas idas ao pediatra, sendo estas consultas uma grande oportunidade para desmistificação do tema e melhora na assistência materna (SUDHANTHAR, 2019).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, do tipo coorte não comparado, com coleta prospectiva de dados. O delineamento adicional de estudo do tipo Teste Diagnóstico foi aplicado para estimar a efetividade das escalas EPDS e QTH para o diagnóstico de triagem do Transtorno de Humor na gestação e puerpério, considerando como padrão-ouro a SCID-5®.

3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Considerando os delineamentos da pesquisa analítica de coorte e teste diagnóstico foram construídas as seguintes hipóteses:

H1 Estudo coorte: A frequência de Transtornos do Humor na gestação e puerpério é elevada e fatores epidemiológicos, clínicos e hormonais podem estar associados ao desenvolvimento dos transtornos;

H1: Teste Diagnóstico: As escalas EPDS e QTH são efetivas para o rastreamento dos Transtornos de Humor, considerando como padrão-ouro a SCID-5®.

3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido no Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a coleta de dados realizada no Ambulatório de Pré-Natal da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da mesma universidade, no período de agosto de 2018 e agosto de 2019.

3.4 POPULAÇÃO FONTE

O Ambulatório de Pré-Natal da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da UFPR fica localizado no térreo do prédio da Maternidade e é composto por cinco salas ambulatoriais, onde uma média de 120 novas consultas

são realizadas mensalmente, por médicos obstetras e residentes em ginecologia e obstetrícia do CHC-UFPR.

As gestantes atendidas são encaminhadas pelas Unidades de Saúde vinculadas ao CHC-UFPR, de Curitiba e Região Metropolitana, devido a gestação de alto risco, ou seja, são portadoras de alguma doença que promove maior risco de evolução desfavorável, e assim, precisam de acompanhamento mais intensivo com obstetras e outras especialidades.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão:

- a) Pacientes de nacionalidade brasileira;
- b) Gestantes com idade ≥ 18 anos e ≤ 45 anos, residentes em Curitiba ou região metropolitana;
- c) Gestantes que realizaram o pré-natal no CHC/UFPR com idade gestacional no segundo trimestre, entre 18 e 24 semanas;
- d) Gestantes que aceitaram participar da pesquisa, mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critérios de exclusão foram considerados:

- a) Gestantes que se recusaram a coletar amostra de sangue para avaliação dos níveis séricos de estradiol e progesterona;
- b) Gestantes em tratamento medicamentoso, para qualquer tipo de transtorno psiquiátrico, no momento da abordagem;
- c) Retirada do TCLE.

3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, constituíram a população de estudo 61 gestantes de alto risco que realizam seu acompanhamento pré-natal na maternidade do CHC/ UFPR.

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Todas as participantes que preencheram os critérios de inclusão e exclusão foram incluídas no estudo, constituindo uma amostra de 61 gestantes (FIGURA 4).

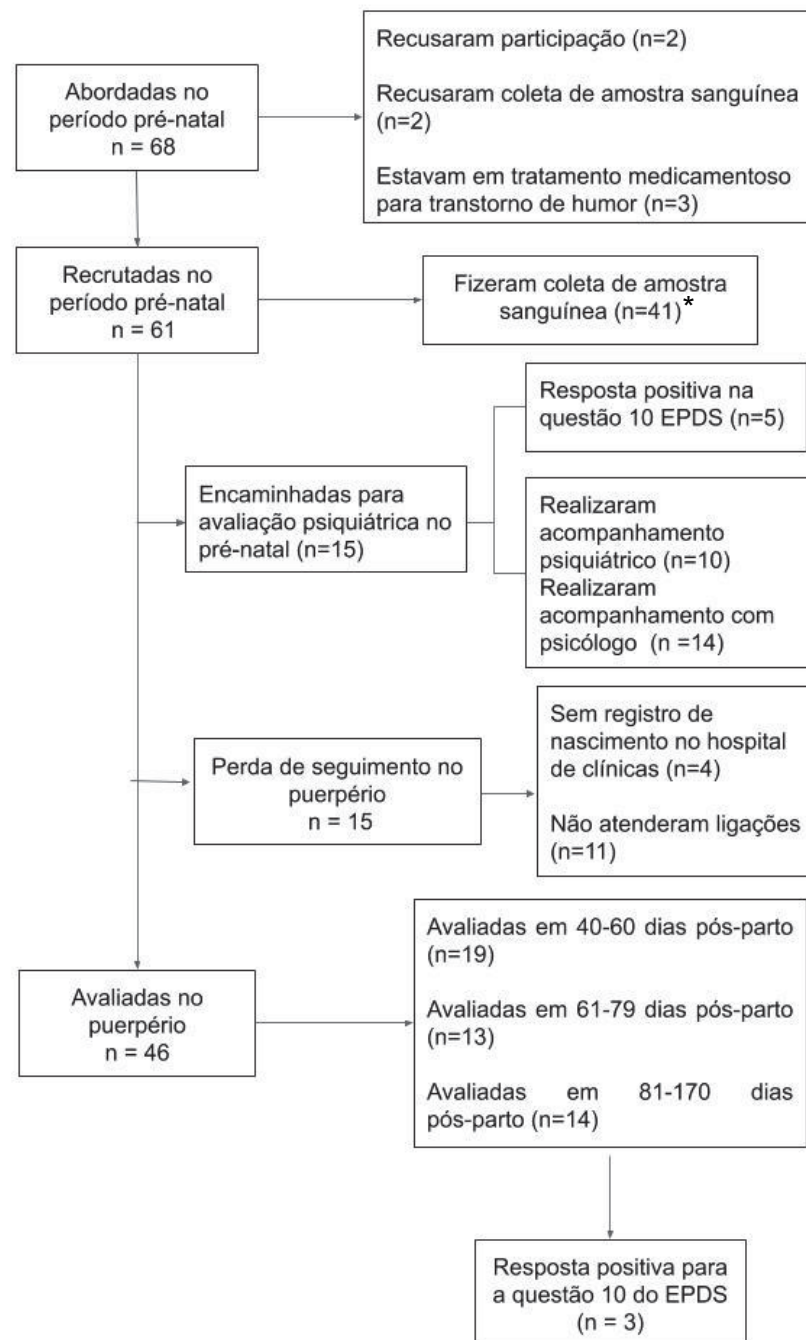
3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.9.1 Perfil na Gestação e Puerpério

O questionário Perfil na Gestação consistiu de avaliação do perfil epidemiológico e socioeconômico das gestantes com a finalidade de estudar fatores de risco para desencadeamento de transtornos do humor na gestação, como escolaridade, estado civil, renda familiar, desemprego, paridade, anticoncepção, planejamento da gestação, comorbidades no pré-natal, presença de eventos estressantes na história obstétrica (prematuridade, malformação fetal, admissão de recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, internamentos longos no pós-parto, dificuldade de amamentação), tabagismo e uso de outras substâncias, história mórbida familiar de doenças psiquiátricas, história prévia de transtorno do humor, relacionamento afetivo com parceiro, violência doméstica (ANEXO 1).

O questionário Perfil no Puerpério consistiu de avaliação do perfil epidemiológico e socioeconômico das puérperas. Entre as experiências do parto e pós-parto, buscou-se possíveis fatores de risco para o desencadeamento de TH no puerpério, como a quantidade de consultas de pré-natal, atendimento psicológico e psiquiátrico na gestação, presença de eventos estressantes na gestação, experiência do parto (cesariana, parto transpélvico, intercorrências, prematuridade), dificuldades de amamentação e relacionamento com o parceiro após o parto (ANEXO 2).

FIGURA 4– SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DAS GESTANTES E ETAPAS DO ESTUDO



FONTE: O autor (2020)

*NOTA: Com 41 casos coletados, a análise preliminar indicou impossibilidade de tratamento estatístico dos níveis de estradiol devido ao tipo de resultado emitido pelo laboratório, mas foi suficiente para análise dos níveis de progesterona.

3.9.2 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo - EPDS

Consiste em dez perguntas sobre como a pessoa se sente com relação a sintomas depressivos na última semana (ANEXO 3) (SANTOS, 2007). A pontuação é realizada conforme as respostas obtidas, compondo escore máximo de 30, sendo que um escore de 13 pontos ou mais foi considerado como rastreamento positivo nesta amostra.

Na validação para o português por Santos e colaboradores, a escala apresentou sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4% utilizando o ponto de corte ≥ 10 no puerpério, sugerido que o ponto de corte ≥ 13 poderia ser utilizado como diagnóstico de depressão pós parto, com sensibilidade de 59,5% e especificidade de 88,4% (SANTOS, 2007). Brancaglioni e colaboradores validaram o uso da escala em gestantes no segundo trimestre, observando sensibilidade de 90% e especificidade de 70% para um ponto de corte ≥ 9 (BRANCAGLIONI, 2013).

3.9.3 Questionário de Transtorno do Humor - QTH

O QTH foi validado para o português por Castelo e colaboradores e é composto por 13 perguntas de respostas afirmativas ou negativas sobre o histórico pessoal de sintomas de mania e hipomania (CASTELO, 2010).

Ao ser aplicado em gestantes, apenas considerando a primeira parte do questionário, sete ou mais respostas afirmativas apresentou 89% de sensibilidade e 84% especificidade, tendo sido adotado como ponto de corte neste estudo (ANEXO 4) (FREY, 2012; SHARMA, 2011).

3.9.4 Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 - SCID- 5®

A SCID-5® versão clínica foi utilizada como padrão-ouro diagnóstico para TH nas gestantes, promovendo uniformidade nos diagnósticos obtidos (ANEXO 5) (AUSTIN, 2011; FIRST, 2017). Neste estudo, apenas o módulo de transtornos de humor foi aplicado. Além disso, nem o médico residente em psiquiatria que aplicou a escala e nem a paciente tinham conhecimento sobre o resultado dos testes de rastreamento anteriores, EPDS e QTH.

3.9.5 Avaliação Sérica Hormonal – Estradiol e Progesterona

Baseando-se na possível influência do estradiol e da progesterona e a predisposição a TH, realizou-se coleta de amostra de sangue para análise destes hormônios após a aplicação dos questionários.

A amostra era coletada pelo pesquisador que aplicou o questionário, após antissepsia de pele e acesso a veia periférica da paciente com seringa de 5ml e agulha 25X7, extraíndo cerca de 3ml de sangue, os quais foram dispensados em tubo de coleta de meio de transporte gel, etiquetados e encaminhados, em até três horas, com uma guia de solicitação preenchida com os dados da paciente, para o IZA Laboratório de Análises Clínicas LTDA®, em Curitiba.

A análise dos hormônios estradiol e progesterona ocorreu por quimiluminescência, utilizando o equipamento Beckman Coulter DX1800®, seguido de descarte das amostras imediatamente após o término da análise.

A realização das coletas de sangue teve como proposta avaliar os níveis dos hormônios progesterona e estradiol entre a 18ª e 24ª semana de gestação e no puerpério, de modo a verificar a oscilação hormonal e possível associação com manifestação de TH no puerpério tardio.

3.10 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

3.10.1 Na gestação

As gestantes que obedeceram aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa enquanto estavam aguardando suas consultas de rotina de pré-natal da Maternidade do CHC/UFPR, de segunda a sexta feira, em período da manhã ou tarde, conforme a disponibilidade dos pesquisadores.

Para estas gestantes, o pesquisador apresentou o projeto de pesquisa conforme o Convite para Participação da Pesquisa (ANEXO 6), excluindo as que preenchiam os critérios de exclusão. Sendo selecionada e consentindo participar do estudo, o pesquisador procedeu a leitura do TCLE, coletando sua assinatura em duas cópias, destinadas à paciente e ao pesquisador.

Posteriormente, os dados da paciente foram anotados em uma folha de controle, juntamente com a data provável do parto, e uma etiqueta rosa foi colada na caderneta da gestante, identificando sua inclusão no estudo.

O questionário Perfil da Gestação foi aplicado de forma eletrônica, no *Google Forms*, assim como a EPDS e o QTH. Em seguida as pacientes foram encaminhadas para coleta de amostra sanguínea, com armazenamento da mesma e preenchimento de guia solicitando a análise de estradiol e progesterona. Toda esta abordagem durava cerca de dez a 15 minutos.

Feito isso, a paciente era encaminhada para aplicação da SCID-5® em sala ambulatorial reservada, com fornecimento de carta de encaminhamento da gestante para psicologia ou psiquiatria via Unidade Básica de Saúde, caso a mesma recebesse o diagnóstico de algum TH (ANEXO 7). Esta abordagem durava cerca de 15 a 30 minutos.

Finalmente, o aplicador agradecia a paciente pela participação na pesquisa e a encaminhava para consulta de pré-natal, continuando seu seguimento da gestação conforme os protocolos do Serviço de Obstetrícia do CHC/UFPR.

3.10.2 No Puerpério

Conforme a data provável do parto, anotada na primeira abordagem da paciente, os pesquisadores realizaram busca ativa no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do CHC/UFPR, para confirmar, através do resumo de alta, se o parto já havia ocorrido. Conforme a data do parto, registrava-se a previsão da nova abordagem da paciente a partir dos 40 dias de puerpério.

Ultrapassada a data provável do parto, e ausência do resumo de alta da paciente no sistema SIH, os pesquisadores entravam em contato com a mesma para avaliar a data do parto e previsão da abordagem após 40 dias do parto.

Dado a impossibilidade das primeiras pacientes comparecerem no CHC/UFPR para aplicação dos questionários e nova coleta de amostra de sangue, foi optado pela aplicação dos questionários através de ligação telefônica. No contato telefônico, o pesquisador apresentava-se e aplicava os questionários Perfil no Puerpério, EPDS e QTH, cujas respostas eram registradas de forma eletrônica, no *Google Forms*.

O pesquisador sempre avaliava a resposta ao item dez da EPDS (vontade de fazer mal a si mesma), juntamente com a paciente, e nos casos de resposta afirmativa, a mesma era encaminhada para seguimento com a psiquiatria na mesma semana, estando orientada a comparecer no pronto atendimento da maternidade em qualquer momento de dificuldade ou piora nos sintomas investigados. Esta abordagem tinha cerca de cinco a oito minutos de duração.

3.11 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram coletados e registrados exclusivamente pelo pesquisador. Posteriormente foram geradas as planilhas eletrônicas (*Microsoft Excel®*) e os dados conferidos e exportados para o *software* de estatística *Statistica v.10 (Stasoft®)*.

3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão foram expressas em médias e desvio padrão (média \pm DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo – máximo) para as de distribuição assimétrica. As variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativa.

Para a estimativa da diferença entre variáveis contínuas foram aplicados os testes t de *Student*, enquanto para aquelas de distribuição assimétrica foi aplicado o teste de Mann-Whitney e a Anova de Friedman.

Para estimativa da diferença entre as variáveis categóricas foi aplicado o teste exato de Fisher para grupos independentes e teste de McNemar para grupos dependentes.

O modelo de Regressão Logística Multivariada foi aplicado para identificar os fatores de risco associados a ocorrência de transtorno mental, enquanto o modelo univariado foi aplicado para estimar a probabilidade de transtorno mental de acordo com os níveis de progesterona.

Os índices de acurácia, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo, falso positivo e falso negativo foram estimados considerando como padrão-ouro a SCID-5®.

O tamanho da amostra foi estimado considerando o principal objetivo do estudo, qual seja, avaliar a acurácia das escalas de rastreamento para o diagnóstico de transtorno do humor, com sensibilidade estimada de 90%, margem de erro 9% (espectro do intervalo de confiança) e erro do tipo I de 5%, conferindo poder de teste de 95%.

Considerando que, ao atingirmos 41 pacientes, foi encontrada sensibilidade de 85% e margem de erro de 11%. Assim, realizou-se cálculos com as margens de erro e amostras necessárias e observou-se que a menor amostra possível deveria ser de 50 pacientes, tendo sido optado trabalhar com pelo menos 60 casos para obtermos margem de erro de 6 a 9% na avaliação da acurácia e possibilidade de diferença entre as médias de 5 a 6 pontos.

3.13 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC/UFPR sob número 61858716.8.0000.0096 (ANEXO 8).

As participantes foram abordadas em salas reservadas no ambulatório de obstetrícia da maternidade, enquanto aguardavam suas consultas de rotina, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responderem as perguntas, sendo uma cópia entregue a elas e outra arquivada pelos pesquisadores (ANEXO 9).

3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná na ocasião de submissão do projeto.

3.15 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

A pesquisa contou com a infraestrutura do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em especial, sua Maternidade; com o Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná; com o Laboratório IZA de Análises Clínicas LTDA®; com a colaboração dos Médicos Residentes em Psiquiatria do Programa de Residência Médica do CHC/UFPR e acadêmicas do curso de Medicina da UFPR.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

A amostra do estudo foi caracterizada por 61 gestantes com média de idade de $29,9 \pm 8,2$ anos, procedentes de Curitiba (72,1%), região metropolitana (4,9%) e Itaperuçu - Paraná (22,9%). A maior parte das gestantes era de raça branca (62,3%), 29,5% pardas, 6,5% negras e 1,6% amarelas (TABELA 1).

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA (CONTINUA)

CARACTERÍSTICAS	Média/n (%)
Idade (anos)	29,9 \pm 8,2
Raça	
Branca	38 (62,4%)
Amarela	1 (1,6%)
Parda	18 (29,5%)
Negra	4 (6,5%)
Procedência	
Curitiba	44 (72,2%)
Região Metropolitana	3 (4,9%)
Itaperuçu (PR)	14 (22,9%)
Ocupação	
Desempregada	9 (14,7%)
Trabalhando	35 (57,4%)
Estudante	2 (3,3%)
Do lar	15 (24,6%)
Religião	
Nenhuma	8 (13,1%)
Católica	20 (32,8%)
Evangélica	30 (49,2%)
Espírita	3 (4,9%)
Escolaridade	
1º grau	24 (39,3%)
2º grau	25 (41,0%)
Superior	12 (19,7%)
Estado civil	
Solteira sem parceiro fixo	8 (13,1%)
Solteira com parceiro fixo	6 (9,8%)
Mora com o parceiro	23 (37,7%)
Casada	24 (39,4%)
Tempo com o parceiro (anos)	5 (1-19)
Quantidade de pessoas no domicílio	2 (1-6)
Renda mensal familiar (salário mínimo)	
Até 1	9 (14,7%)
1 a 3	35 (57,4%)
3 a 6	16 (26,2%)
6 a 10	1 (1,6%)
Trabalha fora	25 (41,0%)
Teve que interromper o trabalho devido a gestação	12 (19,7%)

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA (CONCLUSÃO)

CARACTERÍSTICAS	Média/n (%)
Situação financeira familiar	
Insuficiente	16 (26,2%)
Suficiente	30 (49,2%)
Boa	15 (24,6%)
Quem mais contribui	
Gestante	15 (24,6%)
Marido/Companheiro	36 (59,0%)
Pais	10 (16,4%)

FONTE: O autor (2020)

NOTA: n= 61

Na Tabela 2 estão apresentados os dados referentes a história pregressa gestacional e obstétrica das gestantes.

Os principais fatores de risco pré-natais que indicaram gestação de alto risco foram hipertensão arterial (22,9%), parto prematuro anterior (19,7%), complicações no último parto (18,0%), hipotireoidismo (16,4%) e obesidade (13,1%) (TABELA 3).

TABELA 2 – HISTÓRIA OBSTÉTRICA PREGRESSA E ATUAL
(CONTINUA)

HISTÓRIA PREGRESSA	Média/n (%)
Idade gestacional cronológica(semanas)	20,8 ± 2,8
Idade gestacional ecográfica (semanas)	19,4 ± 5,9
Idade da primeira relação sexual (anos)	16 ± 2,7
Quantas gestações	
Nenhuma	1 (1,6%)
1	10 (16,4%)
2	15 (24,6%)
3	17 (27,9%)
≥ 4	18 (29,5%)
Partos normais	
Nenhum	27 (44,3%)
1	17 (27,9%)
2	9 (14,7%)
3	3 (4,9%)
≥ 4	5 (8,2%)
Cesáreas	
Nenhum	42 (68,8%)
1	10 (16,4%)
2	6 (9,9%)
3	2 (3,3%)
≥ 4	1 (1,6%)

TABELA 2 – HISTÓRIA OBSTÉTRICA PREGRESSA E ATUAL
(CONCLUSÃO)

HISTÓRIA PREGRESSA	Média/n (%)
Abortos	
Nenhum	45
1	9
2	3
3	2
≥ 4	2
Gestações ectópicas	0 (0,0%)
Método anticoncepcional	
Nenhum	39 (63,9%)
Preservativo	3 (4,9%)
Anticoncepcional oral	18 (29,5%)
Injetável trimestral	1 (1,6%)
Gestação planejada	23 (37,7%)

FONTE: O autor (2020)

NOTA: n= 61

TABELA 3 – MOTIVO DE ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL
DE ALTO RISCO (CONTINUA)

FATORES DE RISCO	n (%)
Hipertensão arterial	14 (22,9%)
Parto prematuro anterior	12 (19,7%)
Complicações no último parto	11 (18,0%)
Hipotireoidismo	10 (16,4%)
Filho em UTI neonatal	10 (16,4%)
Tempo de internação na UTI neonatal (dias)	5 (1-30)
Obesidade	8 (13,1%)
Óbito fetal prévio/Filho falecido	7 (11,5%)
Asma	6 (9,8%)
Nefrolitíase	5 (8,2%)
Idade	5 (8,2%)
Gemelaridade anterior	4 (6,5%)
Iteratividade	4 (6,5%)
Aborto anterior	4 (6,5%)
Hepatite	3 (4,9%)
Infecção urinária de repetição	3 (4,9%)
Cirurgia bariátrica anterior	3 (4,9%)
Litíase biliar	3 (4,9%)
Filho com malformação	3 (4,9%)
Cancer de mama	2 (3,3%)
Implantação baixa de placenta	2 (3,3%)
Incompetência istmo cervical	1 (1,6%)
Diabetes	1 (1,6%)
Trombofilia	1 (1,6%)
Plaquetopenia	1 (1,6%)
SAAF	1 (1,6%)
Fístula anal	1 (1,6%)

TABELA 3 – MOTIVO DE ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (CONCLUSÃO)

FATORES DE RISCO	n (%)
Sangramento anterior	1 (1,6%)
DMF	1 (1,6%)
Útero bicornio	1 (1,6%)
Trombose	1 (1,6%)
Hipertireoidismo	1 (1,6%)
Anemia	1 (1,6%)
Toxoplasmose	1 (1,6%)
Depressão	1 (1,6%)
Miomatose uterina	1 (1,6%)
Rejeição gestação e tentativa de aborto	1 (1,6%)
Doença cardíaca	1 (1,6%)

FONTE: O autor (2020)

NOTA: n= 61

História familiar de transtornos psiquiátricos (TP) foi observada em 32 casos (52,4%). Em 26 casos a informante indicou qual o familiar, sendo principalmente as mães (42,3%) e os tios (30,8%) (TABELA 4).

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE FAMILIARES COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

GRAU DE PARENTESCO	n (%)
Mãe	11 (42,3%)
Tios	8 (30,8%)
Primos	5 (19,2%)
Avós	4 (15,4%)
Irmãos	3 (11,5%)
Pai	2 (7,7%)
Filhos	2 (7,7%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n=26

Os transtornos psiquiátricos familiares mais relatados pelas pacientes estudadas foram uso de substâncias ilícitas (21,3%), tentativa de suicídio (14,7%) e ansiedade (14,7%) (TABELA 5).

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS FAMILIARES

TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS FAMILIARES	n (%)
Uso de substâncias ilícitas	13 (21,3%)
Tentativa de suicídio	9 (14,7%)
Ansiedade	9 (14,7%)
Síndrome do Pânico	5 (8,2%)
Fobia	5 (8,2%)
Esquizofrenia	4 (6,5%)
Transtorno afetivo bipolar	3 (4,9%)
Suicídio	2 (3,3%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n= 61

Vinte e quatro gestantes (39,3%) informaram já terem realizado consulta psiquiátrica em sua vida, sendo as principais razões ansiedade (79,2%), depressão (45,8%) e tentativa de suicídio (29,2%) (TABELA 6).

Quatro gestantes (6,5%) informaram uso de medicação: levotiroxina (2), metildopa (2), enoxaparina (1) e progesterona (1).

Na Tabela 7 estão descritas as principais características do parceiro/marido. Em 22 casos (36,1%) a gestante apontou alguma situação negativa com o parceiro.

Tabagismo durante a gestação foi referido por 10 gestantes (16,4%), uso de bebidas alcóolicas por 11 (18,0%) e maconha por apenas 1 gestante (1,6%) (TABELA 8).

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DA HISTÓRIA PSQUIÁTRICA DAS GESTANTES

MOTIVO DA CONSULTA PSQUIÁTRICA	n (%)
Ansiedade	19 (79,2%)
Depressão	11 (45,8%)
Tentativa de suicídio	7 (29,2%)
Síndrome do Pânico	4 (16,7%)
Fobia	3 (12,5%)
Esquizofrenia	1 (4,2%)
Alcoolismo	1 (4,2%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n=24

TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS DO PARCEIRO

CARACTERÍSTICAS	n (%)
Parceiro atual é o pai	55 (90,2%)
Relacionamento satisfatório	50 (82,0%)
Foi humilhada ou agredida pelo parceiro	10 (16,4%)
Seu parceiro insistiu para você fazer algo que não queria	4 (6,5%)
Relação sexual por vontade exclusiva dele	10 (16,4%)
Parceiro fica agressivo em discussões	10 (16,4%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n= 61

TABELA 8 – USO DE SUSTÂNCIAS PELAS GESTANTES

TABACO/ÁLCOOL/DROGAS	n (%)
Tabagismo	10 (16,4%)
Bebidas alcoólicas	11 (18,0%)
Maconha	1 (1,6%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n = 61

A mediana da EPDS foi de 5, variando de 0 a 24 pontos, com rastreamento positivo (≥ 13) em 12 gestantes (19,7%), enquanto a mediana do QTH foi de 5, variando de 0 a 12, com rastreamento positivo em 22 (36,1%) (TABELA 9). Observou-se associação entre rastreamento positivo pelas duas escalas em 7 casos (11,5%).

Cinco gestantes responderam “sim” à pergunta 10 da EPDS, referente a ideia de fazer mal a si mesma, sendo que uma delas afirmou ter pensamentos frequentes e outras quatro responderam que pouquíssimas vezes nos últimos sete dias haviam tido pensamentos com este conteúdo.

Considerando a pontuação maior ou igual a 13 como ponto de corte, a escala EPDS apresentou acurácia de 90,2% para a identificação de episódio depressivo, com sensibilidade de 80,0%, especificidade de 92,1%, falso positivo de 33,3% e falso negativo de 4,1% (TABELA 10).

TABELA 9 – FREQUÊNCIA DO RASTREAMENTO PELA EPDS, QTH E DIAGNÓSTICOS DA PSIQUIATRIA - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)

ESCORES E RASTREAMENTO	Mediana/n (%)
Episódio depressivo atual – SCID	10 (16,4%)
Transtorno afetivo bipolar – SCID	10 (16,4%)
Episódio depressivo atual – SCID isolado	5 (8,2%)
Transtorno afetivo bipolar – SCID isolado	5 (8,2%)
Episódio depressivo atual e transtorno afetivo bipolar - SCID	5 (8,2%)
Episódio depressivo atual ou transtorno afetivo bipolar - SCID	15 (24,6%)
EPDS	5 (0-24)
Rastreamento EPDS	
Positivo	12 (19,7%)
Negativo	49 (80,3%)
QTH	5 (0-12)
Rastreamento QTH	
Positivo	22 (36,1%)
Negativo	39 (63,9%)
EPDS positivo isolado	5 (8,2%)
QTH positivo isolado	15 (24,6%)
EPDS e QTH positivos	7 (11,5%)
EPDS ou QTH positivo	27 (44,3%)

FONTE: O autor (2019)

TABELA 10 – ACURÁCIA DA EPDS PARA IDENTIFICAÇÃO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)

RESULTADOS		EPISÓDIO DEPRESSIVO SCID-5		TOTAL
		Positivo	Negativo	
EPDS	≥13	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (19,7%)
	≤12	2 (4,1%)	47 (95,9%)	49 (80,3%)
Total		10 (16,4%)	51 (83,6%)	61 (100,0%)

FONTE: O autor (2019)

Com o ponto de corte ≥ 10 a acurácia foi de 85,2%, sensibilidade de 90,0%, especificidade de 84,3% e índice de falso positivo de 47,0%. Com ponto de corte >14 estes valores foram de 93,3%, 77,7%, 96,1% e 22,2%, respectivamente (TABELA 11).

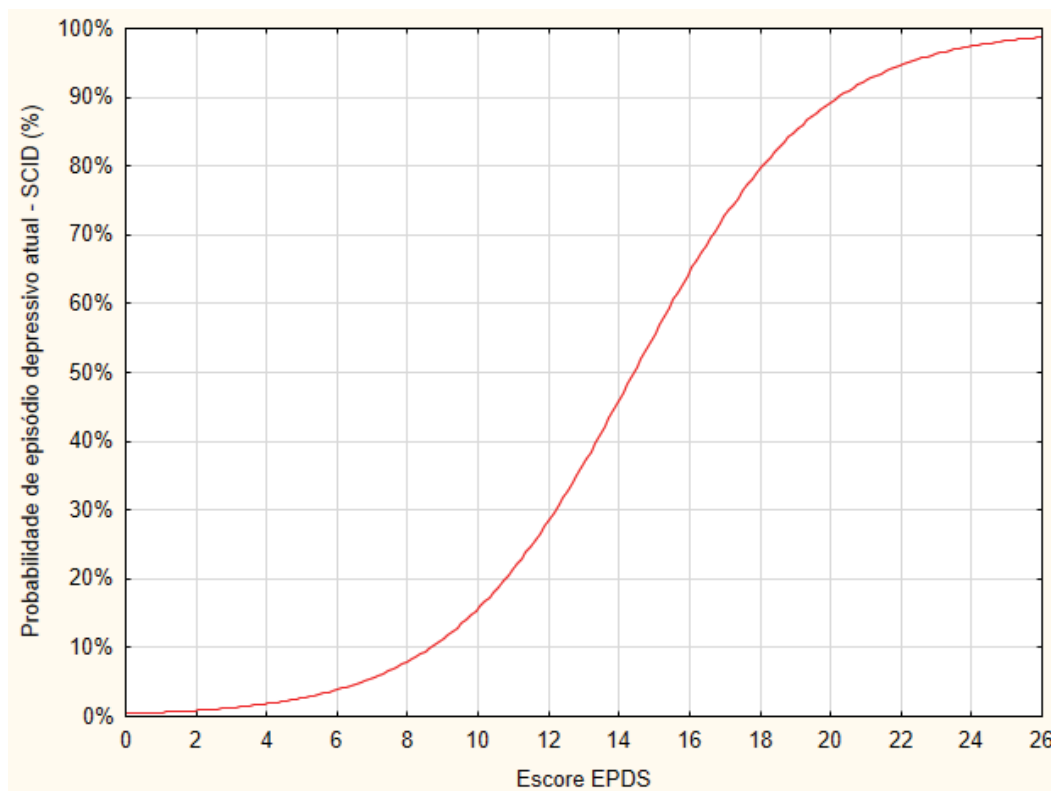
TABELA 11 – ACURÁCIA (A), SENSIBILIDADE (S), ESPECIFICIDADE (E) E FALSO POSITIVO (FP) EM DIFERENTES PONTOS DE CORTE PARA A EPDS

PONTOS DE CORTE	A	S	E	FP
≥ 10	85,2	90,0	84,3	47,0
≥ 13	90,2	80,0	92,1	33,3
≥ 14	93,3	77,7	96,1	22,2
≥ 16	90,0	60,0	96,1	25,0

FONTE: O autor (2020)

Na avaliação do ponto de corte da EPDS para rastreamento positivo observou-se que com a pontuação 10 a probabilidade de Transtorno do humor (TH) estimada foi de cerca de 15%, se elevando para cerca de 30% com escore de 12 e 40% com escore de 13, aumentado progressivamente a partir desta pontuação (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – PROBABILIDADE DE TRANSTORNO DO HUMOR DE ACORDO COM OS ESCORES DA EPDS SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)



FONTE: O autor (2019)

NOTA: Regressão Logística Univariada: $p < 0,001$

A escala QTH apresentou acurácia de 70,5% para a identificação de transtorno bipolar atual SCID-5, com sensibilidade de 70,0%, especificidade de 70,6%, falso positivo de 68,2% e falso negativo de 7,7% (TABELA 12).

TABELA 12 – ACURÁCIA DO QTH PARA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)

RESULTADOS		TRANSTORNO BIPOLAR SCID-5		TOTAL
		Positivo	Negativo	
QTH	≥7	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 (36,1%)
	≤6	3 (7,7%)	36 (92,3%)	39 (63,9%)
Total		10 (16,4%)	51 (83,6%)	61 (100,0%)

FONTE: O autor (2019)

As escalas EPDS e/ou QTH apresentaram acurácia de 73,7% para a identificação de transtorno do humor, com sensibilidade de 86,7%, especificidade de 69,6%, falso positivo de 51,8% e falso negativo de 5,9% (TABELA 13).

TABELA 13: ACURÁCIA EPDS E QTH PARA IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNO DO HUMOR

RESULTADOS		TRANSTORNO DO HUMOR SCID-5		TOTAL
		Positivo	Negativo	
EPDS QTH	≥13 e ≥7	13 (48,1%)	14 (51,8%)	27 (44,3%)
	≤12 e ≤6	2 (5,9%)	32 (94,1%)	34 (55,7%)
Total		15 (24,6%)	46 (75,4%)	61 (100,0%)

FONTE: O autor (2019)

Devido a impossibilidade de realizar a coleta de sangue das pacientes no puerpério pois as mesmas não retornaram ao hospital, e os resultados preliminares de 41 gestantes coletadas se mostrarem suficientes para análise estatística, optou-se pela interrupção da coleta das amostras de sangue na continuidade do estudo.

Das as 41 pacientes com dosagem de estradiol, em 39 os valores foram superiores a 3.000pg/mL e em duas delas os valores ficaram entre 2.500 e 3.000pg/mL. A média do nível sérico de progesterona foi de 48,5 + 11,4 ng/dL.

4.1 COMPARAÇÃO ENTRE AS GESTANTES COM E SEM TRANSTORNO DO HUMOR – DEPRESSÃO MAIOR OU TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

As gestantes foram classificadas quanto à presença ou não de TH, de acordo com o SCID-5®, considerando a hipótese de que características epidemiológicas, gestacionais, hormonais, história pregressa pessoal, história familiar, hábitos e ambiente familiar podem estar associadas ao TH.

Quinze pacientes (24,6%) apresentaram diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo maior ou transtorno afetivo bipolar. Entre suas características a raça não branca ($p = 0,03$) e a situação financeira inadequada ($p = 0,01$) foram mais frequentes entre as pacientes com depressão (TABELA 14).

TABELA 14 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DE GESTANTES DE ALTO RISCO - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)

CARACTERÍSTICAS	SEM TH (n = 46)	COM TH (n = 15)	p
Idade (anos)	28,7 ± 8,2	33,8 ± 6,9	0,03 ¹
Raça Não branca	14 (30,4%)	9 (60,0%)	0,06 ²
Procedência Curitiba	34 (73,9%)	10 (66,7%)	0,74 ²
Desempregada/Do lar	20 (43,5%)	4 (28,6%)	0,36 ²
Nenhuma Religião	5 (10,9%)	3 (20,0%)	0,39 ²
Escolaridade nível primário	17 (37,0%)	7 (46,7%)	0,55 ²
Estado civil solteira	10 (21,7%)	4 (26,7%)	0,73 ²
Teve que interromper o trabalho	8 (17,4%)	4 (26,7%)	0,46 ²
Situação financeira familiar insuficiente	8 (17,4%)	8 (53,3%)	0,01 ²

FONTE: O autor (2019)

NOTA: ¹Teste t de Student ²Teste exato de Fisher TH = Transtorno do humor

Com relação à idade gestacional e história pregressa gestacional e obstétrica, observou-se apenas ausência de gestação prévia entre gestantes com depressão, com nível de significância limítrofe ($p = 0,05$) (TABELA 15).

TABELA 15 – HISTÓRIA OBSTÉTRICA PREGRESSA E ATUAL CONFORME TRANSTORNO DO HUMOR

HISTÓRIA PREGRESSA	SEM TH (n = 46)	COM TH (n = 15)	p
Idade gestacional cronológica (semanas)	19,6 ± 5,2	17,5 ± 7,6	0,21 ¹
Idade gestacional ecográfica (semanas)	20,3 ± 2,7	20,2 ± 2,7	0,85 ¹
Idade da primeira relação sexual (anos)	16,4 ± 2,4	15,4 ± 3,5	0,23 ¹
Nenhuma gestação prévia	11 (23,9%)	0 (0,0%)	0,05 ²
Gestação planejada	17 (37,0%)	6 (40,0%)	1,00 ²

FONTE: O autor (2019)

NOTA: ¹Teste t de Student ²Teste exato de Fisher TM = Transtorno Mental

A frequência de parceiro com comportamento negativo, caracterizada aqui por alguma situação negativa como humilhação ou agressão, imposição para fazer algo que não queria, relação sexual por vontade exclusiva do parceiro ou agressividade em discussões, foi maior entre as gestantes com TH ($p = 0,01$), assim como história pregressa de TH, com nível de significância limítrofe ($p = 0,07$). O valor do escore da escala EPDS foi maior entre as gestantes com TH ($p < 0,001$), mas não se observou diferença significativa entre os valores do QTH ($p = 0,34$) (TABELA 16).

TABELA 16 – OUTRAS CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES DE ALTO RISCO CONFORME O TRANSTORNO DO HUMOR

FATORES	SEM TH (n = 46)	COM TH (n = 15)	p
História familiar positiva para TP	23 (50,0%)	6 (40,0%)	0,56 ¹
História pregressa de TP	15 (32,6%)	9 (60,0%)	0,07 ¹
Parceiro com comportamento negativo	12 (26,1%)	10 (66,7%)	0,01 ¹
Tabagismo/Bebidas alcóolicas	15 (32,6%)	7 (46,7%)	0,36 ¹
Substâncias ilícitas	12 (26,1%)	4 (26,7%)	1,00 ¹
Escore EPDS	4 (0-17)	16 (4-24)	< 0,001 ²
Escore QTH	5 (0-12)	6,5 (1-11)	0,34 ²

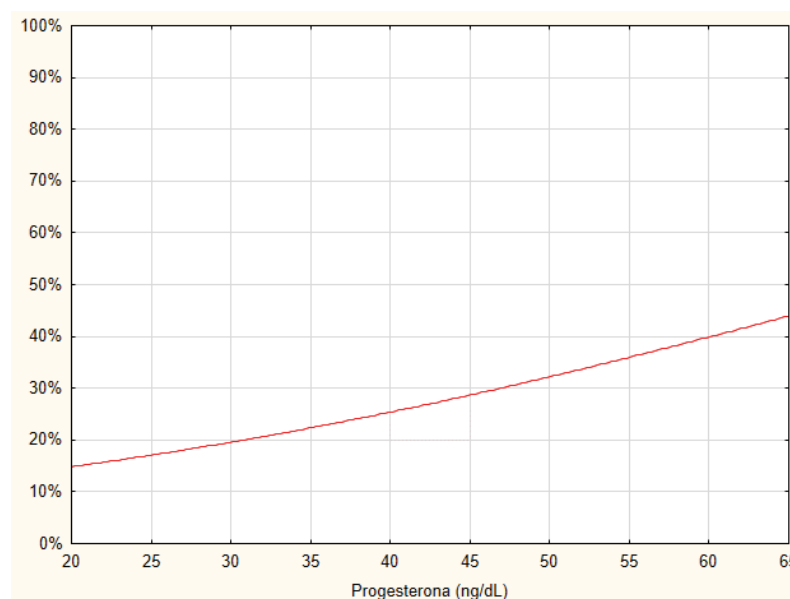
FONTE: O autor (2019)

NOTA: ¹Teste exato de Fisher ²Teste de Mann-Whitney

Não se observou diferença nos níveis de progesterona entre os dois grupos ($47,2 \pm 12,1$ ng/dL entre as gestantes sem TH vs $51,2 \pm 9,5$ ng/dL entre as gestantes com TH, $p = 0,30$).

Não se observou variação significativa da probabilidade de TH de acordo com os níveis de progesterona. A probabilidade estimada de TH foi de cerca de 15% com níveis de progesterona de 20 ng/dL, passando a cerca de 45% com 65 ng/dL ($p = 0,28$) (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 – PROBABILIDADE DE TH DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE PROGESTERONA - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR(2019)



FONTE: O autor (2019)

NOTA: Regressão Logística Univariada: $p = 0,28$

4.2 FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DEPRESSIVO E BIPOLAR

As características epidemiológicas, gestacionais, hormonais, história pregressa pessoal, história familiar, hábitos e ambiente familiar foram estudadas para identificar fatores de risco para o TH, de acordo com o SCID-5®.

Aplicando o modelo de regressão logística multivariada, considerando como variável dependente o diagnóstico psiquiátrico de transtorno do humor pelo SCID-5® e como variáveis independentes as características epidemiológicas, a situação financeira familiar aumentou em cerca de cinco vezes a chance de transtorno do humor ($OR = 5,42$, $IC\ 95\% = 1,52-19,31$, $p = 0,02$) (TABELA 17).

Considerando agora como variáveis independentes a história gestacional, a história de parto transpélvico anterior aumentou a chance de transtorno do humor e cerca de duas vezes ($OR = 1,83$, $IC\ 95\% = 1,11-3,03$, $p = 0,01$) (TABELA 18).

TABELA 17 – FATORES DE RISCO PARA TH: EPIDEMIOLOGIA

FATORES DE RISCO	OR	IC 95%	p
Religião	0,63	0,27-1,48	0,29
Escolaridade	1,02	0,39-2,6	0,96
Estado Civil	0,76	0,38-1,52	0,44
Tempo atual com o parceiro	1,01	0,87-1,18	0,83
Trabalha fora	2,23	0,54-9,21	0,26
Teve que interromper o trabalho	1,92	0,31-11,67	0,47
Situação financeira familiar	5,42	1,52-19,31	0,02
Quem mais contribui com a renda	0,61	0,20-1,82	0,38

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Regressão Logística Multivariada

TABELA 18 – FATORES DE RISCO PARA TH: HISTÓRIA OBSTÉTRICA

FATORES DE RISCO	OR	IC 95%	p
Idade da primeira relação sexual	1,01	0,77-1,32	0,93
Número de gestações	0,83	0,26-2,71	0,77
Parto transpélvico anterior	1,83	1,11-3,03	0,01
Gestação planejada	2,03	0,46-8,95	0,34
Método anticoncepcional	1,80	1,10-3,41	0,10
Necessidade de internação	1,43	0,34-5,92	0,25

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Regressão Logística Multivariada

Entre as variáveis relacionadas à história familiar de doença psiquiátrica, história pregressa, hábitos de vida e condição conjugal, a presença de parceiro de comportamento negativo elevou a chance de transtorno do humor em seis vezes (OR = 6,13, IC 95% = 1,62-23,16, $p < 0,001$) e a história pregressa de transtorno do humor em quase quatro vezes (OR = 3,80, IC 95% = 1,01-14,30, $p = 0,04$) (TABELA 19).

TABELA 19 - FATORES DE RISCO PARA TH: HISTÓRICO DA GESTANTE

FATORES DE RISCO	OR	IC 95%	p
HMF psiquiátrica	0,65	0,11-3,74	0,63
HMP de Transtorno psiquiátrico	3,80	1,01-14,30	0,04
Uso de substâncias ilícitas	3,99	0,69-22,99	0,12
Parceiro Negativo	6,13	1,62-23,16	$< 0,001$

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Regressão Logística Multivariada

Considerando agora todos os fatores mais significativos – situação financeira, parto transpélvico anterior, história pregressa pessoal para transtorno psiquiátrico e parceiro negativo, os dois últimos foram selecionados, aumentando cada um a chance de transtorno do humor em cinco vezes (TABELA 20).

TABELA 20 – PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA TH

FATORES DE RISCO	OR	IC 95%	p
Situação financeira	0,35	0,10-1,21	0,09
Partos anteriores	1,57	0,87-2,85	0,13
HMP de TP	5,05	1,13-22,61	0,03
Parceiro Negativo	5,48	1,24-24,13	0,02

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Regressão Logística Multivariada

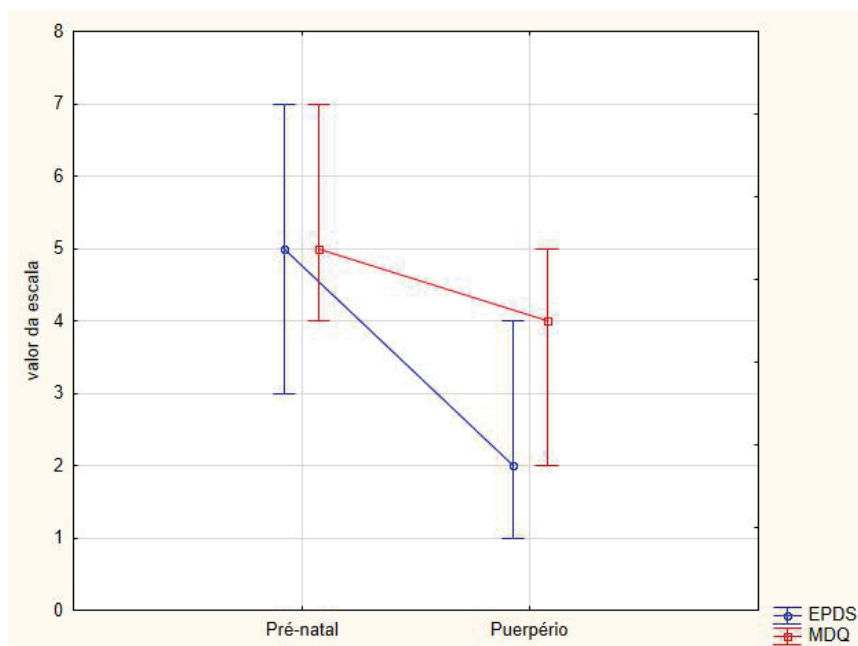
4.3 PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

As pacientes foram reavaliadas no puerpério quanto às escalas EPDS e QTH, considerando a hipótese de que o TH na gestação pode se acentuar no puerpério. As características de acompanhamento pré-natal, complicações na gestação e parto, satisfação com o serviço de atendimento, condições do recém-nascido, amamentação e ambiente familiar foram também estudados para avaliar o impacto do TH no puerpério.

Das 61 pacientes incluídas no estudo, em 46 (75,4%) obteve-se informações no puerpério. Observou-se, na comparação das escalas no pré-natal e puerpério, que houve diminuição no valor da escala EPDS ($p < 0,001$), enquanto para o QTH não houve diferença significativa ($p = 0,25$) (GRÁFICO 3).

Houve diminuição significativa na frequência de rastreamento positivo pela escala EPDS e de rastreamento positivo pelo QTH ($p < 0,001$) (GRÁFICO 4).

GRÁFICO 3 –EPDS E QTH NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

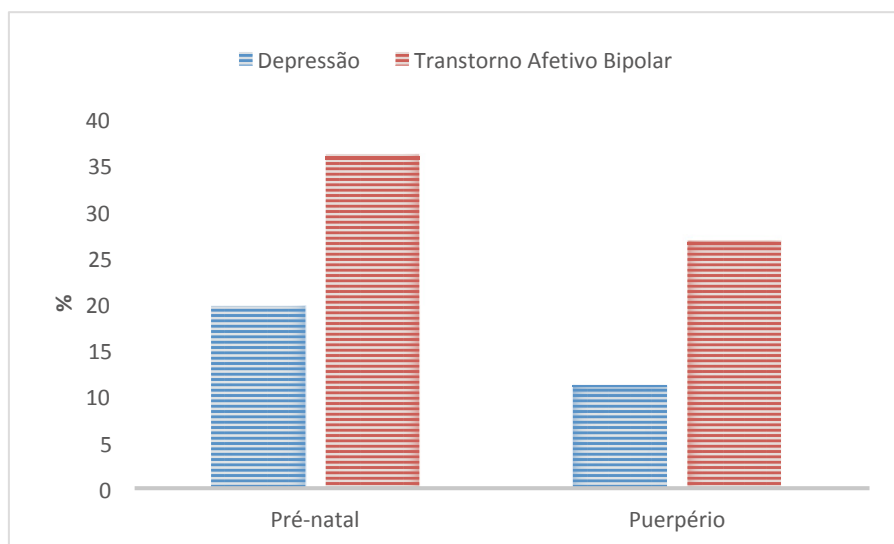


FONTE: O autor (2019)

NOTA: Anova de Friedman: entre o pré-natal e puerpério:

EPDS: $p < 0,001$ QTH: $p = 0,25$

GRÁFICO 4 – FREQUÊNCIA DE RASTREAMENTO POSITIVO PELA EPDS E QTH - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)



FONTE: O autor (2019)

NOTA: Teste de McNemar: pré-natal: $p < 0,001$ puerpério: $p < 0,001$

Entre as dez pacientes com rastreamento positivo pela escala EPDS no pré-natal, somente três (30,0%) permaneceram com pontuação diagnóstica no puerpério ($p < 0,001$) (TABELA 21).

TABELA 21 – RASTREAMENTO PELA EPDS NO PRÉ- NATAL E PUERPÉRIO

RESULTADOS		PUERPÉRIO		TOTAL
		Positivo	Negativo	
PRÉ- NATAL	Positivo	3 (30,0%)	7 (70,0%)	10 (22,2%)
	Negativo	2 (5,7%)	33 (94,3%)	35 (77,8%)
Total		5 (11,1%)	40 (88,9%)	45 (100,0%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Teste de McNemar: $p < 0,001$

Entre as 13 pacientes com rastreamento positivo pelo QTH, somente cinco (38,5%) permaneceram com pontuação diagnóstica no puerpério ($p < 0,001$) (TABELA 22).

TABELA 22 – RASTREAMENTO PELO QTH NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

RESULTADOS		PUERPÉRIO		TOTAL
		Positivo	Negativo	
PRÉ- NATAL	Positivo	5 (38,5%)	8 (61,5%)	13 (31,7%)
	Negativo	6 (21,4%)	22 (78,6%)	28 (68,3%)
Total		11 (26,8%)	30 (73,2%)	41 (100,0%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Teste de McNemar: $p < 0,001$

Entre as 19 pacientes com rastreamento positivo pela escala EPDS e/ou QTH no pré-natal, nove (47,4%) delas permaneceram com EPDS ≥ 13 no puerpério ($p = 0,04$) (TABELA 23).

TABELA 23 – TH PELA EPDS E QTH NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

RESULTADOS		PUERPÉRIO		TOTAL
		Positivo	Negativo	
PRÉ-NATAL	Positivo	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19 (45,2%)
	Negativo	4 (17,4%)	19 (82,6%)	23 (54,8%)
Total		13 (31,0%)	29 (69,0%)	42 (100,0%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: Teste de McNemar: $p < 0,001$

Questionadas no puerpério, todas as 46 mulheres informaram ter realizado pré-natal. Cerca de 18 (39,1%) necessitaram de internação durante a gestação por infecção do trato urinário (3), hipertensão arterial/pré-eclâmpsia (3), diabetes (3), bolsa rota (2), trabalho de parto prematuro (4), asma (1) e passagem de cateter (1).

Aproximadamente 30% das pacientes tiveram atendimento psicológico e cerca de 20% delas atendimento psiquiátrico (TABELA 24).

TABELA 24 - ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E OCORRÊNCIAS

ESCORES E RASTREAMENTO	Mediana/n (%)
Pré-natal	46 (100,0%)
Internação na gestação	18 (39,1%)
Atendimento por psicólogo	14 (30,4%)
Número de consultas	
1	10 (71,4%)
2	1 (7,1%)
3	3 (21,4%)
Achou bom?	14 (100,0%)
Atendimento por psiquiatra	10 (21,7%)
Número de consultas	
1	9 (90,0%)
3 ou mais	1 (10,0%)
Achou bom?	9 (90,0%)
Prescrição de medicação	3 (30,0%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n= 46

A maior parte das mulheres (96,5%) referiram ter se sentido satisfeitas com o atendimento realizado pelo serviço de obstetrícia. Entre as 46 pacientes avaliadas no puerpério, 33 (71,7%) estavam amamentando, e entre as 33, 24 (72,7%) em

amamentação exclusiva. Em 15,4% dos casos a ausência de aleitamento materno esteve relacionado à problemas psicológicos da mãe (TABELA 25).

Entre as 12 pacientes diagnosticadas com TH pelo SCID na gestação, cinco tiveram parto prematuro (41,7%). Entre 34 pacientes sem TH, oito tiveram parto prematuro (23,5%), $p=0,27$.

A frequência de complicação no parto também foi maior entre pacientes com TH no puerpério (46,1% vs 6,9%, $p < 0,001$).

Não se observou diferença entre puérperas com ou sem TH em relação ao filho ter ido para a Unidade de Terapia Intensiva (46,1% vs 20,7%, $p = 0,14$).

A frequência de problemas de saúde foi semelhante nos dois grupos (com TH 38,5% vs sem TH 17,2%, $p = 0,24$).

Observou-se menor frequência de amamentação entre as pacientes com TH no puerpério, com nível de significância limítrofe (53,8% vs 82,8%, $p = 0,06$).

TABELA 25 – PERCEPÇÃO DO ATENDIMENTO, CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO E AMAMENTAÇÃO - SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA, CHC-UFPR (2019)

ESCORES E RASTREAMENTO	Mediana/n (%)
Satisfeita com os cuidados no serviço	44 (95,6%)
Algo que desagradou	10 (21,7%)
Prematuridade	13 (28,3%)
RN necessitou de UTI Neonatal	14 (30,4%)
Problema de saúde no RN	10 (21,7%)
Boa aceitação do RN	45 (97,8%)
Amamentação	33 (71,7%)
Amamentação exclusiva	24 (72,7%)
Porque não está amamentando	
Problemas clínicos com a mãe	7 (53,8%)
Problemas de saúde com o RN	4 (30,8%)
Problemas psicológicos da mãe	2 (15,4%)
Recebeu orientação para amamentação	42 (91,3%)
Em que momento	
Durante a internação	25 (61,0%)
Durante o pré-natal	12 (29,3%)
Na UBS após o nascimento	4 (9,7%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n= 46

A presença de TH na gestação foi semelhante nos dois grupos em relação à amamentação (com TH 58,3% vs sem TH 76,5%, $p = 0,27$).

O relacionamento com o parceiro se manteve igual em quase 60% dos casos (TABELA 26).

TABELA 26 – RELACIONAMENTO COM PARCEIRO

ESCORES E RASTREAMENTO	Mediana/n (%)
Relacionamento com o parceiro após o nascimento	
Pior	6 (13,0%)
Igual	27 (58,7%)
Melhor	13 (28,3%)
Alguma dificuldade	7 (15,2%)

FONTE: O autor (2019)

NOTA: n=46

5 DISCUSSÃO

Nesta amostra, 8,2% das gestantes de alto risco no segundo trimestre apresentaram diagnóstico de episódio depressivo isolado pelo SCID-5®, resultado semelhante ao de Gavin e colaboradores e de Usuda e colaboradores, que observaram prevalência de 8,5% e 9,5% no segundo trimestre de gestação, respectivamente (GAVIN, 2005; USUDA, 2017). Estes resultados são inferiores ao de Castro e Couto e colaboradores e Brancaglioni e colaboradores, que identificaram prevalência de 17,34% e 21,7% de depressão maior no segundo trimestre de gestação em uma amostra de gestantes brasileiras após aplicação da *MINI-Plus Interview* (BRANCAGLIONI, 2016; CASTRO E COUTO, 2015). Acredita-se que gestações de alto risco estão mais propensas a apresentar depressão. Tsakiridis e colaboradores em uma revisão observaram prevalência de 12,5 a 44,2% de depressão nas gestantes que apresentavam algum fator de risco gestacional, todas maiores do que as encontradas neste estudo (QUADRO 1) (TSAKIRIDIS, 2019).

QUADRO 1 – DEPRESSÃO EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO (CONTINUA)

Autor	Ano	País	Características das gestantes	Ferramenta diagnóstica	Ponto de corte	Prevalência
Dagklis et al.	2018	Grécia	Gestantes hospitalizadas por ameaça de parto prematuro	EPDS	≥13	24,3% de depressão antenatal
Tsakiridis et al.	2018	Grécia	Gestantes com restrição de crescimento intrauterino	EPDS	≥13	33%
Dame et al.	2017	Brasil	Gestantes com diabetes melittus gestacional	EPDS	≥12: presença de sintomas depressivos ≥18: sintomas depressivos severos	31% presença de sintomas depressivos 10% sintomas depressivos severos

QUADRO 1 – DEPRESSÃO EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO (CONTINUA)

Autor	Ano	País	Características das gestantes	Ferramenta diagnóstica	Ponto de corte	Prevalência
Uguz et al.	2017	Turquia	Gestantes com oligodramnia	SCID, BDI, BAI	Baseado em entrevista clínica	24,5% depressão maior
Varela et al.	2017	Grécia	Gestantes com diabetes melittus gestacional	EPDS	≥13	18%
Dagklis et al.	2016	Grécia	Gestantes de alto risco hospitalizadas	EPDS	≥13	28% depressão antenatal
Byrn et al.	2015	EUA	Gestantes com diabetes melittus gestacional	EPDS	≥12	20% sintomas depressivos significativos
Huang et al.	2015	EUA	Gestantes com diabetes melittus gestacional	EPDS	≥13	13%
Bisson et al.	2014	Canadá	Gestantes com diabetes melittus gestacional	EPDS	≥10	23% depressão significativa
Ertel et al.	2014	EUA	Gestantes hispânicas com tolerância a glicose anormal e redução da tolerância a glicose	EPDS	≥13: probabilidade de depressão menor ≥15: probabilidade de depressão maior	Gestantes com tolerância a glicose anormal: - 29,3% depressão menor - 20,3% depressão maior Gestantes com redução da tolerância a glicose: - 26,8% depressão menor - 19,6% depressão maior

QUADRO 1 – DEPRESSÃO EM GESTAÇÕES DE ALTO RISCO (CONCLUSÃO)

Autor	Ano	País	Características das gestantes	Ferramenta diagnóstica	Ponto de corte	Prevalência
Byatt et al.	2013	EUA	Gestantes de alto risco hospitalizadas	EPDS, GAD-7, SF-12	≥10	27%
Thiagayson et al.	2013	Singapura	Gestantes de alto risco hospitalizadas	EPDS, STAI, M.I.N.I.	Diagnóstico baseado no M.I.N.I.	11% depressão maior 7% depressão menor
Brandon et al.	2008	EUA	Gestantes de alto risco hospitalizadas	EPDS, SCID	EPDS ≥11 e diagnóstico baseado na SCID	44,2% EPDS ≥11; 19% depressão maior segundo SCID
Adouard et al.	2005	França	Gestantes de alto risco não hospitalizadas	EPDS, M.I.N.I., CGU, HAD	Baseado nos critérios do DSM IV	25% depressão maior

FONTE: Adaptado de Tsakiridis, 2019

Considerando a presença de episódio depressivo atual, no presente estudo foi encontrado 16,4% das gestantes afetadas, valor muito similar ao descrito por Gavin e colaboradores, os quais sugeriram que 18,4% das mulheres são acometidas por episódios depressivos na gestação (GAVIN, 2005). Outros estudos apontam que a prevalência de episódios depressivos no anteparto em países de baixa renda chega a 25,8%, enquanto no pós-parto diminui para 19,7% (GELAYE, 2016). Os dados encontrados na literatura sobre os estudos brasileiros apresentam grande variação em razão dos diferentes métodos de pesquisa adotados (QUADROS 2 - 3).

Até 20% das mulheres apresentarão depressão na puberdade, o que significa duas vezes mais que os homens (PEARLSTEIN, 2015). Sabe-se que cerca de 33% delas vivenciarão seu primeiro episódio depressivo durante a gestação, o que reforça a importância do rastreamento durante o acompanhamento pré-natal, pois o diagnóstico de TH neste período tem sido associado a complicações maternas e fetais (GELAYE, 2016; CASTELO, 2010; GROTE, 2010; CLEMENTE, 2015; CLARK, 2018; MASTERS, 2019; LINDAHL, 2005).

QUADRO 2 – DEPRESSÃO NO BRASIL CONFORME ENTREVISTAS ESTRUTURADAS

Estudos	Ano	Período	Ferramenta	Prevalência
De Fraga	2020	gestação segundo trimestre	SCID 5	8,2%
Brancaglioni	2016	gestação segundo trimestre	MINI	21,7%
Castro e Couto	2015	gestação segundo trimestre	MINI	17,3%
Cantilino	2010	2 a 26 semanas pós-parto	SCID 4	7,2%
Figueira	2009	40 a 90 dias pós-parto	MINI	26,9%
Santos	1999	6 a 24 semanas pós-parto	RDC	36,2%

FONTE: O AUTOR, 2020; BRANCAGLIONI, 2013; CASTRO E COUTO, 2015; CANTILINO, 2010; FIGUEIRA, 2009; SANTOS, 1999

QUADRO 3 – DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO EM ESTUDOS BRASILEIROS COM A EPDS

Estudos	Ano	Ponto de corte	Prevalência
De Fraga	2020	13	19,7%
Castro e Couto	2015	11	17,34%
Da Silva	1998	10	17,9%
Silva	2012	13	20,5%
Melo Jr	2012	12	24,3%
Brancaglioni	2013	9	22,2%
Zaconeta	2013	13	10,3%

FONTE: O AUTOR, 2020; CASTRO E COUTO, 2015; DA SILVA, 1998; SILVA, 2012; MELO JR, 2012; BRANCAGLIONI, 2013; ZACONETA, 2013

A prevalência do transtorno bipolar na população geral é cerca de 1-2% e nos Estados Unidos pode chegar a 4,4%, sendo que episódios depressivos, mudanças precipitadas de humor e mania ou hipomania são mais frequentemente encontrados em mulheres (CLEMENTE, 2015; CLARK, 2018). A prevalência do transtorno bipolar no período perinatal pode variar de 2-8%, sofrendo influência das alterações hormonais e modificações do ritmo circadiano características deste momento (CLARK, 2018; MASTERS, 2019).

Acredita-se que mais da metade das pacientes que apresentam transtorno depressivo no pós-parto sofram de transtorno bipolar e 60 a 70% das mulheres com

diagnóstico de transtorno do humor bipolar apresentaram episódios de alteração do humor durante a gestação e puerpério (SHARMA, 2011; MERRIL, 2015). Embora este estudo tenha avaliado pacientes durante a gestação, este dado pode ser observado, pois das 16,4% gestantes que apresentaram episódio depressivo, metade (8,2%) foi diagnosticada com transtorno bipolar na fase depressiva e outra metade (8,2%), diagnosticada com depressão maior.

Sabe-se que o diagnóstico do transtorno bipolar é complexo, muitas vezes demorando anos, sendo frequentemente tratado como transtorno depressivo maior (MASTERS, 2019; MERRIL, 2015; SHARMA, 2018; CLARK, 2015). No estudo de Merrill e colaboradores, cerca de 21,4% das mulheres que apresentavam sintomas depressivos, também apresentaram rastreamento positivo para transtorno bipolar, assim como o estudo de Hirschfeld que demonstrou que mais de 20% das pacientes em tratamento com antidepressivos receberam diagnóstico de transtorno bipolar (MERRIL, 2015). Em nosso estudo, 11,5% das pacientes com EPDS ≥ 13 apresentaram QTH ≥ 7 , enquanto Clark e colaboradores observaram que 22% das mulheres com EPDS ≥ 10 apresentaram diagnóstico de transtorno bipolar pela SCID-IV (CLARK, 2015).

O uso individual de escalas de rastreamento como a EPDS pode provocar um erro no diagnóstico, já que os sintomas depressivos na gravidez podem estar relacionados com episódios de hipomania (SHARMA, 2018). Portanto, é recomendado que o rastreamento para o transtorno depressivo seja investigado juntamente com o transtorno bipolar (CLARK, 2018; MASTERS, 2019; SHARMA, 2018; BHAT, 2018), reforçando a necessidade de uma escala rápida e eficaz como o QTH associada a EPDS.

Santos e colaboradores relataram grande benefício do uso do rastreio de transtorno depressivo periparto no Brasil, pois o instrumento pode ser aplicado por qualquer profissional da área de saúde, enquanto os serviços de saúde mental acabam se restringindo ao atendimento de transtornos mentais já instalados ou de gravidade maior (SANTOS, 2007).

Neste estudo, a EPDS na gestação foi ≥ 13 em 19,7% das pacientes, prevalência semelhante a de Da Silva (1998), Melo Jr (2012) e Silva (2012), que obtiveram taxas de 17,9%, 24,3% e 20,5% respectivamente. Conforme Tsakiridis e colaboradores, as gestações de alto risco têm maior chance de desenvolver

depressão antenatal, por apresentarem mais fatores de risco, estimulando maior atenção no rastreamento para estas pacientes (TSAKIRIDIS, 2019).

A EDPS apresentou, nesta amostra, elevada sensibilidade e especificidade, similar ao observado por outros autores (QUADRO 4), o que sugere que o fato de a escala ter sido aplicada em uma população de gestantes de alto risco não necessariamente superestimou as taxas encontradas. Porém, devido a diferenças no desenho dos estudos e variação na adaptação cultural e linguística, não podemos afirmar com certeza a comparabilidade das estimativas de sensibilidades e especificidades das diferentes versões da EPDS, por isso o quadro priorizou estudos brasileiros (KOZINSKI, 2015).

QUADRO 4 – SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA EPDS EM GESTANTES NA LITERATURA

Estudos	Ano	País	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
De Fraga	2019	Brasil	13	80%	92,1%
Castro e Couto	2015	Brasil	11	81%	73%
Castro e Couto	2015	Brasil	13	71,5%	80%
Da silva	1998	Brasil	13	73%	90,5%
Silva	2012	Brasil	13	59,5%	88,4%
Melo Jr	2012	Brasil	12	75%	81%
Brancaglioni	2013	Brasil	9	80%	70%
Usuda	2017	Japão	13	90%	79%
Felice	2006	Malta	13	75%	95,8%

FONTE: O AUTOR, 2020; CASTRO E COUTO, 2015; DA SILVA, 1998; SILVA, 2012; MELO JR, 2012; BRANCAGLIONI, 2013; USUDA, 2017; FELICE, 2006

Há divergências na literatura sobre qual seria a melhor escala de rastreamento, os pontos de corte que deveriam ser adotados para identificar mulheres em risco e a acessibilidade destas mulheres ao acompanhamento com especialista em saúde mental quando necessário (ACCORTT, 2017).

Embora alguns autores apontem a pontuação de 10 como ponto de corte, nesta amostra observou-se baixa probabilidade de acerto (cerca de 15%), levando à

menor acurácia, menor especificidade, maior taxa de falsos positivos, embora com maior sensibilidade.

Tratando-se de rastreamento de TH, há de se refletir que exames de elevada sensibilidade, mas de baixa especificidade podem levar a altos índices de falsos positivos, levando a maior número de casos para avaliação por especialistas indevidamente, sobrecarregando o sistema de saúde, gerando danos emocionais e maiores custos (SANTOS, 2007; MATTHEY, 2017).

O ponto de corte de 14 aumenta a acurácia, especificidade, diminui o falso positivo (22,2%), mas diminui muito a sensibilidade (77,7%).

Assim, o ponto de corte de 13 parece mais efetivo, visto que aumenta a acurácia, a especificidade e sensibilidade, com taxa mais aceitável de falso positivo.

Embora a EPDS apresente resultados falsos negativos e positivos, em comparação com os outros instrumentos de rastreio é ainda muito favorável, representando um importante método de rastreamento para sintomas depressivos, mas não substitui uma avaliação clínica especializada para definição do diagnóstico final (MILGROM, 2014).

A depressão antenatal afeta a capacidade da mulher em fazer boas escolhas em relação a sua saúde. A literatura já é clara quando aos benefícios da EPDS para aumentar a chance de reconhecer os sintomas depressivos em gestantes e puérperas. O rastreamento é uma oportunidade para tornar o atendimento mais holístico e centrado na paciente. Porém, ao identificar as pacientes de risco, devemos estar aptos para fornecer suporte, seja realizando a primeira abordagem a paciente ou encaminhando-a.

A maioria das mulheres considera fácil de responder a EDPS, sendo que o custo para esta ferramenta é muito baixo quando comparado ao prejuízo gerado nos países pelos transtornos do humor mal manejados (BUIST, 2002).

Comparada à população feminina em geral, as gestantes têm menores taxas de suicídio (LINDAHL, 2005). Entretanto, a ideação suicida pode ser mais representativa entre as gestantes com transtorno depressivo (MAURI, 2012; GELAYE, 2016; CASTRO E COUTO, 2016).

O período perinatal é um momento de risco para hospitalização psiquiátrica, particularmente em mulheres com transtorno bipolar ou aquelas com história de depressão maior. O risco de suicídio materno é mais elevado entre as mulheres

deprimidas, chegando a 20% de todas as mortes no puerpério (MELTZER-BRODY, 2011).

Estudo realizado no Canadá determinou que o momento mais vulnerável para suicídio antenatal era com 20 semanas de gestação, sendo que o momento mais frequente para suicídio no pós-parto foi após sete meses e meio. As principais formas de suicídio nas mulheres no período periparto são enforcamento (33,3%) e jogar-se de alturas (19,6%). A visita ao obstetra apenas com 40 dias de pós-parto é um tempo muito curto para identificar pacientes de risco, sendo imperativo que visitas mais frequentes sejam realizadas no período perinatal (THOMSON, 2017).

Na amostra de 61 pacientes deste estudo, cinco delas (8,19%) responderam de forma afirmativa à décima pergunta da EPDS, o que confirma ideação suicida. Castro e Couto e colaboradores, em seu estudo com gestantes no segundo trimestre, encontraram 23,53% de gestantes com ideação suicida (CASTRO E COUTO, 2016), enquanto Wisner e colaboradores encontraram no período perinatal, com EPDS ≥ 10 , cerca de 19,3% (WISNER, 2013). Entre as cinco gestantes nesta amostra, três receberam diagnóstico de transtorno bipolar e uma de transtorno depressivo de acordo com os critérios propostos pelo DSM-5. No puerpério, três pacientes apresentaram resposta diferente de “não” a pergunta 10 da EPDS, sendo que duas responderam “pouquíssimas vezes” e uma “sim, muitas vezes ultimamente”. Todas foram encaminhadas para acompanhamento psiquiátrico.

O QTH, validado na população geral brasileira por Castelo e colaboradores, apresentou sensibilidade de 91% e especificidade de 70%, utilizando ponto de corte ≥ 8 associado as duas questões suplementares (CASTELO, 2010). Sabe-se que o QTH sem estas duas questões pode torná-lo mais sensível do que o questionário completo, como já demonstrado por Frey e colaboradores, que encontraram em uma população de gestantes e puérperas, utilizando o ponto de corte ≥ 7 , 89% de sensibilidade, 84% de especificidade e 43,0% de valor preditivo positivo (FREY, 2012).

Na presente amostra, o QTH apresentou sensibilidade de 70,0%, especificidade de 70,6%, falso positivo de 68,2% e falso negativo de 7,7%, valores menores do que os encontrados por Frey, mas muito relevantes (FREY, 2012). Não há estudos brasileiros com método semelhante ao que foi aqui utilizado para comparação no período perinatal, mas considerando que pacientes com QTH ≥ 7

devem ser encaminhadas para avaliação clínica especializada, a escala se mostra muito útil para a triagem das gestantes pelos obstetras.

Em estudo prospectivo, Masters e colaboradores observaram que 18,8% das gestantes e puérperas apresentaram QTH \geq a 7 (MASTERS, 2019), metade do encontrado na presente amostra, em que 36,1% apresentaram QTH \geq 7. Das 61 pacientes avaliadas, 16,4% apresentaram diagnóstico de transtorno bipolar pelo SCID-5®, resultado superior a prevalência descrita em outros estudos (MASTERS, 2019).

Conforme Merril e colaboradores, se apenas as mulheres com sintomas depressivos forem rastreadas para transtorno bipolar, aproximadamente um terço dos casos de transtorno bipolar não seriam diagnosticados (MERRIL, 2015). Neste estudo, 24,6% das gestantes não seriam identificadas como possível diagnóstico de transtorno bipolar se fossem rastreadas apenas as com sintomas depressivos, empregando unicamente a EPDS. Merril, em seu estudo, observou que, conforme o ponto de corte da EPDS utilizado, entre 21,4% e até 57,1% das pacientes teriam esta omissão diagnóstica (MERRIL, 2015).

Em estudo realizado por Frey e colaboradores (FREY, 2012), o padrão-ouro para a comparação das escalas foi a entrevista clínica psiquiátrica realizada por profissionais treinados e experientes a partir do DSM-IV, enquanto nesta amostra foi utilizado como padrão-ouro a entrevista psiquiátrica SCID-5®.

Embora a entrevista pela SCID-5® tenha a vantagem de proporcionar maior confiabilidade, a entrevista clínica com psiquiatra treinado se aproxima mais do que é a realidade de investigação diagnóstica. Além disso, a SCID não contempla em sua avaliação os especificadores mistos de episódios depressivos e mania que estão no DSM. A entrevista clínica é mais flexível, permitindo ao profissional pensar no diagnóstico de transtorno bipolar a partir destes especificadores, e não apenas sobre a presença de episódios puros de hipomania e mania. Contudo, as diferenças de resultados entre este estudo e os de Frey e colaboradores não foram muito discrepantes, mostrando que há uma boa correspondência entre a avaliação clínica e os métodos mais estruturados de pesquisa (FREY, 2012).

É sabido que pacientes com transtorno bipolar podem apresentar prejuízos do quadro psiquiátrico, como virada maníaca, episódios mistos e aumento da ciclagem dos episódios quando há o uso indevido de antidepressivos para o tratamento

(BALDESSARINI, 2019). Por isso, é de fundamental importância que os testes de rastreio para quadros de TH na gestação também tenham uma boa acurácia para os seus diagnósticos diferenciais. A acurácia do QTH neste estudo foi de 70,5%, ou seja, quase 30% das pacientes podem não apresentar o diagnóstico correto. Uma possível solução pode ser a avaliação psiquiátrica complementar para aquelas pacientes que apresentem EPDS ≥ 13 , mas QTH ≤ 6 , como já é recomendado pelos *guidelines*.

O estrogênio é um dos mediadores do comportamento feminino (COMASCO, 2015). Através da interação entre fatores neurotrópicos e o sistema serotoninérgico, estudos mostram que a incidência da depressão nas mulheres é mais prevalente nos estágios que apresentam queda na produção do estradiol, como o período pré-menstrual, pós-parto e perimenopausa, sendo que muitos autores se referem ao estudo da saúde mental neste momento como “psiquiatria reprodutiva” (BORROW, 2014; BRUMELTE, 2005).

Nas gestantes, o estradiol é cinquenta vezes maior que na menacme, a progesterona aumenta em dez vezes e o cortisol triplica no terceiro trimestre, retornando aos estados pré-gestação em uma a duas semanas após o parto (BORROW, 2014; BECKER, 2016; MELTZER-BRODY, 2011; YIM, 2015). Esse rápido declínio hormonal aumenta decisivamente a predisposição para o surgimento de transtornos do humor (BORROW, 2014; BECKER, 2016; BRUMELTE, 2005).

A história de sintomas depressivos relacionados a vida reprodutiva é considerada fator de risco para novos episódios depressivos, mas as evidências sugerem que quando os hormônios não estão flutuando, o risco para depressão não se eleva. Em mulheres que amamentam, tanto o estradiol quanto a progesterona se mantêm suprimidos devido as elevadas taxas de prolactina, podendo ser a ausência da flutuação hormonal um dos mecanismos protetores para a redução de sintomas depressivos neste período (YIM, 2015; CATENACCIO, 2016).

Neste estudo, entre as pacientes no segundo trimestre que realizaram a dosagem de estradiol, 39 apresentaram valores superiores a 3.000pg/mL (equivalente a 11,013 nmol/l) e duas delas tiveram valores entre 2.500 (equivalente a 9,17 nmol/l) e 3.000pg/mL. A média do nível sérico de progesterona foi de 48,5 ng/L (equivalente a 154,23 nmol/L) + 11,4 ng/dL (equivalente a 36,23 nmol/L).

O'leary e colaboradores coletaram três amostras de sangue de 108 gestantes durante cada trimestre, detalhando as mudanças hormonais ao longo da gestação. A progesterona média variou de 49 nmol/l na quinta semana até 584 nmol/l com 40 semanas, o que demonstra que, embora tenham sido coletados em gestantes no segundo trimestre, os valores encontrados neste estudo são muito similares aos achados na literatura no primeiro trimestre de gestação (O'LEARY, 1991).

Quanto ao estradiol sérico, O'leary e colaboradores notaram uma concentração média durante o primeiro trimestre de 1,64 nmol/l na quinta semana até 11,13 nmol/L na 16ª semana. No segundo e terceiro trimestres, a média do estradiol quase quintuplicou, chegando a 53,44 nmol/l na semana 40 (O'LEARY, 1991). Os valores de estradiol observados neste estudo se equiparam aos da semana 16 do estudo de O'Leary e colaboradores, que também são equivalentes ao segundo trimestre de gestação.

A função dos esteróides gonadais como neuromoduladores implica na regulação de humor. Um estudo demonstrou que mulheres com depressão pós-parto apresentaram baixa concentração de estradiol sanguíneo (variando de 23-140 pmol/L), sendo em alguns casos mais baixos do que pacientes em falência gonadal (PARRY, 2003). Porém, a ação do estrogênio na depressão maior também é incerta. Hampson e colegas identificaram baixos níveis de estradiol e aumento do cortisol em mulheres sofrendo por depressão anteparto, o que não pôde ser investigado nesta amostra devido a impossibilidade de tratamento estatístico dos valores de estradiol obtidos (GALEA, 2017).

Yim e colaboradores sugerem que progesterona seja protetiva contra a depressão, dado suas propriedades ansiolíticas, anestésicas e moduladoras de receptores serotoninérgicos (YIM, 2015). Não se observou variação significativa da probabilidade de TH de acordo com os níveis de progesterona neste estudo. A probabilidade estimada de TH foi de cerca de 15% com níveis de progesterona de 20 ng/dL, passando a cerca de 45% com 65 ng/dL ($p = 0,28$). Ou seja, nesta amostra, a progesterona na gestação seria uma vilã e não protetora, divergindo do que foi observado no estudo de Crowley e colaboradores, que sugeriram que baixos níveis de progesterona no segundo trimestre estavam associados com maiores respostas negativas ao stress (CROWLEY, 2016).

Há muitos anos os estudos vêm tentando demonstrar o papel dos hormônios na influência de sintomas depressivos. Alguns avaliaram dosagens hormonais absolutas entre pacientes afetadas e saudáveis, outros utilizaram hormônios como tratamento, mas nenhum modelo biológico conseguiu esclarecer completamente esta questão (SCHILLER, 2015).

O fato do declínio dos esteróides no puerpério ser um fator desencadeante para depressão pós-parto não explicaria a depressão durante a gestação, que é um momento de estabilidade hormonal (ZACONETA, 2013; SCHILLER, 2015). Tal fato pode ser observado nesta amostra, em que não se observou diferença nos níveis de progesterona no segundo trimestre entre as gestantes com ou sem transtornos do humor. Portanto, a dosagem absoluta do estradiol e da progesterona não parece influenciar na predisposição a alterações do humor, sendo a sensibilidade da paciente a estes hormônios que poderia predizer o risco de desencadeamento da depressão (WALTON, 2019; RYAN, 2008). A dosagem hormonal neste estudo não se mostrou eficiente, justificando a necessidade de estudos moleculares e genéticos para tentar esclarecer estas influências.

Apesar de inconclusiva, as análises do estradiol e progesterona neste estudo nos trazem algumas reflexões. Além de estarem mais propensas a receber um diagnóstico de depressão maior, os períodos da adolescência, gestação, pós-parto e transição menopausal são sim de vulnerabilidade para desenvolvimento de transtornos do humor. Além disso, é importante ressaltar que os hormônios reprodutivos tem um importante papel no processamento da emoção, excitação, cognição e motivação e portanto podem contribuir com transtornos do humor indiretamente, através da influência nos fatores de risco psicológicos e sociais (SCHILLER, 2015).

Tendo em vista que muitas mulheres consideram o ginecologista e obstetra como seu médico clínico, as consultas de rotina são oportunas para realização do rastreamento, visto que a detecção precoce previne muitas morbidades e comorbidades (BHAT 2017).

É possível, ainda, através de questionários sócio-econômicos, identificar quais os fatores de risco que influenciam a prevalência dos transtornos do humor no período perinatal, contribuindo com o surgimento de políticas de prevenção e

aconselhamento, de modo a diminuir a morbidade e melhorar a qualidade de vida das pacientes e de suas famílias (CURY, 2019).

A etiopatogenia de um transtorno de humor resulta da interação de processos biológicos, ambientais, psicológicos e genéticos. Segundo a literatura, a herdabilidade da depressão é de aproximadamente 50% e do transtorno afetivo bipolar de 80% (FORLENZA, 2012).

Neste estudo, cerca de 52,4% das 61 gestantes relataram histórico familiar de transtornos psiquiátricos relacionados ao uso de substâncias ilícitas, tentativa de suicídio ou ansiedade. Nos transtornos de humor, principalmente transtorno afetivo bipolar, há uma chance aumentada de transtornos por uso de substâncias. A maioria das tentativas de suicídio ocorre em indivíduos com diagnóstico de transtorno de humor, e muitas vezes a ansiedade referida como diagnóstico em algum familiar pode ser também o sintoma de um transtorno de humor, como depressão ou transtorno afetivo bipolar (GHAEMI, 2019). Assim, o perfil genético e sociodemográfico desta amostra justifica a quantidade de pacientes que desenvolveram transtornos do humor durante a gestação (24,6%).

O fator de risco mais frequentemente encontrado na literatura para transtorno depressivo durante a gestação é a história pregressa de transtorno depressivo maior (MILGROM, 2014). No presente estudo, a história de transtorno psiquiátrico prévio na gestante aumentou em cerca de quatro vezes o risco para desenvolver TH. Tendo em vista que as pacientes em vigência de tratamento para TH não foram incluídas na amostra, é possível que este risco relativo seja ainda maior.

Em estudo feito por Kassada e colaboradores (KASSADA, 2015), foi observado que 12,94% de suas pacientes declarava ter tido algum transtorno psiquiátrico na gestação, dentre as quais mais da metade estava no segundo trimestre (55,84%). Em contraste, a frequência de transtornos de humor na amostra de 61 gestantes de alto risco foi de 24,6%, o que é significativamente maior se considerar que na amostra de Kassada foram investigados mais transtornos psiquiátricos que somente depressão e transtorno do humor bipolar. Essa diferença pode ser explicada ao analisar as características sociodemográficas dos dois estudos. Em comparação com a amostra deste estudo, Kassada e colaboradores apresentaram um grupo de gestantes em que a maioria nunca teve um transtorno de

humor, não fazia uso de drogas, não tinha histórico de violência, não tinha doença crônica, e não tinha sido internada durante a gestação (KASSADA, 2015).

Milgron e colaboradores relatam a importância da avaliação dos riscos psicossociais nas gestantes, incluindo a situação doméstica instável, poucos recursos econômicos, suporte social insuficiente, violência doméstica, histórico de uso de substâncias e transtornos psiquiátricos (MILGROM, 2014). Na avaliação dos fatores de risco nesta amostra, o comportamento negativo do parceiro aumentou em seis vezes a chance de TH na gestante (OR = 6,13, IC 95% = 1,62-23,16, $p < 0,001$), informação que é condizente com a literatura. Castro e Couto e colaboradores demonstraram que gestantes com histórico de agressão apresentam maior risco para depressão na gestação (CASTRO E COUTO, 2016).

Lancaster e colaboradores identificaram como fatores de risco para transtorno depressivo antenatal a gestação na adolescência, situação financeira desvantajosa, gestantes negras, hispânicas ou asiáticas, história pregressa de transtorno de humor, ansiedade atual, stress psicossocial, violência doméstica, suporte social insuficiente e pouca instrução (LANCASTER, 2010). Enquanto Melo Jr e colaboradores associaram como fatores de risco para depressão antenatal a ausência de parceiro (1,93 95%CI 1,44-2,58), baixo status econômico (1,75 95% CI 1,18-2,60), gestantes não brancas (1,48 95% CI 1,09-2,01) e multiparidade (1,32 95% CI 1,01-1,74) (MELO JR, 2012). Quando avaliada a situação financeira das gestantes incluídas neste estudo, foi identificado que, quando inadequada, aumenta em cerca de cinco vezes a chance de transtorno de humor (OR = 5,42, IC95% = 1,52-19,31, $p = 0,02$).

Melo Jr e colaboradores observaram que pouca escolaridade aumentou em quase três vezes o risco de depressão entre as gestantes brasileiras (OR 2,38, 95% CI 1,38-4,12) (MELO JR, 2012). Na amostra deste estudo, a escolaridade não foi considerada fator de risco.

Embora tabagismo e etilismo não tenham sido identificados como fatores de risco para TH, cerca de 16,4% das gestantes nesta amostra eram tabagistas, resultado semelhante ao de Kataoka e colaboradores, que observaram prevalência de tabagismo em 13,4% (KATAOKA, 2018). Baptista e colaboradores identificaram 7,3% das gestantes usuárias de bebidas alcoólicas, metade do que foi aqui observado (18%) (BAPTISTA, 2017). Ainda, é imperativo que os obstetras

perguntem a gestante sobre o uso de substâncias, já que não existem níveis seguros durante a gestação (MASTERS, 2019; WILSON, 2020).

Há uma evidência muito debatida na literatura de que a cesariana pode estar associada a um maior risco de stress pós-traumático, porém, estudo no Reino Unido com mais de 14 mil mulheres não demonstrou influência da via de parto no risco de depressão nas primeiras oito semanas de puerpério (BAUER, 2014).

Neste estudo, a história de parto transpélvico em gestações anteriores aumentou a chance de TH em cerca de duas vezes (OR = 1,83, IC 95% = 1,11-3,03, $p = 0,01$). Em estudo brasileiro, Faisal-Cury não observou relação entre a via de parto com a predisposição para depressão materna (FAISAL-CURY, 2019). Os achados referentes ao histórico de parto transpélvico aqui encontrados podem apresentar variáveis confundidoras. Uma maneira de esclarecer essa divergência de resultados seria avaliar a experiência destas gestantes em seus últimos partos, visto que uma experiência negativa, muitas vezes dolorosa, poderia ser um fator de risco, e não o próprio ato do parto transpélvico em si.

Neste estudo, obtivemos informações de 75,4% das participantes no puerpério. Devido a impossibilidade de comparecerem presencialmente a reabordagem, a avaliação hormonal do puerpério foi cancelada, com os questionários sendo aplicados através de contato telefônico. Ainda assim, muitas pacientes não atenderam as ligações ou não atenderam após terem sugerido outro horário. Esse fato sugere ainda mais a omissão da sintomatologia e de cuidados que as mulheres vivenciam no período perinatal, sendo a criança o foco de toda atenção e prioridade, com o auto-cuidado ficando para segundo ou terceiro plano. Além disso, ao fazer as perguntas sobre sintomas depressivos, muitas vezes podemos colocá-las em contato com o sofrimento, fazendo com que elas enxerguem o que não gostariam, evitando responder devido ao mecanismo de defesa de negação.

De modo a avaliar a evolução dos sintomas depressivos e de mania no puerpério, observou-se diminuição significativa na frequência de rastreamento positivo pelas escalas EPDS e QTH ($p < 0,001$). Cerca de 20% destas pacientes referiram ter se consultado com psiquiatra durante a gestação, bem como 30% passado por consulta com psicóloga. Isso pode ter influenciado na melhora dos sintomas, como também foi sugerido por Silva e colaboradores, que observaram redução na prevalência da EPDS ≥ 13 no puerpério, sugerindo uma possível

influência do acompanhamento psicológico que as pacientes haviam realizado durante a gestação (SILVA, 2012).

Os questionários tanto na gestação quanto no puerpério foram lidos para as pacientes, mas acredita-se que isso não deve influenciar a qualidade dos estudos, já que Santos e colaboradores, em sua validação em puérperas também leram as perguntas para as pacientes devido a baixa escolaridade e pouca familiaridade com o questionário (SANTOS, 2007). Cox e colaboradores sugeriram que, quando a paciente não estivesse apta para ler, a escala poderia ser lida para ela pelo aplicador, o que também é incentivado por outros estudos (COX, 1987; THEME FILHA 2016; AUSTIN, 2017).

Em um estudo brasileiro com puérperas, quase 95% das pacientes leram, interpretaram e responderam a EPDS. Nos casos em que os pesquisadores precisaram ler para a paciente, não foi observada diferença significativa entre depressão e o modo com que questionário foi aplicado (RUSCHI, 2007).

Outro fator que poderia ter influenciado nas respostas das pacientes foi o fato da segunda aplicação, no puerpério tardio, ter sido realizada pelo telefone. O uso da EPDS pelo telefone foi validado no Brasil por Figueiredo e colaboradores em 2015, sendo que os resultados mostraram que esse procedimento é válido. Para o ponto de corte ≥ 13 , a EPDS por telefone apresentou 52,2% de sensibilidade, 84% de especificidade e 73,4% valor preditivo positivo (FIGUEIREDO, 2015). Portanto, a EPDS aplicado via telefone no Brasil mantém suas propriedades psicométricas, demonstrando que esta é uma alternativa para realização do rastreamento de sintomas depressivos no pós-parto. O mesmo ainda não foi validado na gestação (FIGUEIREDO, 2015).

Alguns estudos também realizaram a aplicação da EPDS e/ou do QTH em puérperas por telefone (MASTERS, 2019; CLARK, 2015; MELO JR, 2012; THEME FILHA 2016), enquanto outros inclusive realizaram entrevistas clínicas para confirmação diagnóstica utilizando esse meio (WISNER, 2013).

Como limitações da aplicação por telefone temos a influência da própria abordagem, que dependendo da forma com que ocorre pode promover um resultado não acurado, já que a paciente pode apresentar desconforto, ansiedade e estar sendo influenciada por fatores externos. Além disso, há necessidade de treinamento do entrevistador, para que muitas vezes ele reconheça que a resposta pode não

estar condizendo com o que a paciente está falando no momento. Porém, o benefício em realizar entrevistas e seguimento dos pacientes por telefone ainda é superior as possíveis limitações observadas neste método (FIGUEIREDO, 2015).

Santos e colaboradores validaram a EPDS em uma amostra de puérperas brasileiras em 2004, avaliando todos os pontos de corte, sendo que o valor ≥ 11 apresentou sensibilidade de 74% e especificidade de 77,4%, enquanto ≥ 13 teve sensibilidade de 59,6% e especificidade 88,3% (SANTOS, 2007). Seu estudo sugeriu que a melhor triagem para população geral de puérperas para rastreamento de depressão pós-parto seria EPDS ≥ 10 , com 82,6% de sensibilidade e 65,4% de especificidade, enquanto nas populações de alto risco, o ponto de corte indicado seria ≥ 11 para encontrar os casos moderados a severos com sensibilidade 83,8% e especificidade de 74,7% (SANTOS, 2007). Figueira e colaboradores identificaram sensibilidade de 63,6% e especificidade de 98,9% para EPDS ≥ 13 no puerpério (FIGUEIRA, 2009). Embora a EPDS tenha sido produzida como um instrumento de rastreamento, conforme o ponto de corte ela tem um alto valor preditivo positivo para diagnóstico. Na busca de diagnóstico para depressão pós-parto, a EPDS ≥ 13 apresentaria 83,4% de especificidade e 59,5% de sensibilidade e seria a mais indicada, sendo este o ponto de corte optado para ser utilizado neste estudo, conforme também utilizado por outros autores (SANTOS, 2007; COX, 1987; THEME FILHA, 2016; AUSTIN, 2017).

Revisão sistemática sobre os diferentes pontos de corte da EPDS no puerpério concluiu que a média de valores preditivos negativos para detectar depressão no pós-parto no ponto de corte 9/10 foi de 82 a 100%, e nos pontos de corte entre 12/13, o valor preditivo negativo para depressão maior foi de 47 a 100% (LOBATO, 2011).

A prevalência de sintomas depressivos durante o puerpério nesta amostra foi de 11,1% e para sintomas de mania foi de 26,8% (QUADRO 5). Em estudo prospectivo com 66 pacientes, Banti e colaboradores observaram que a presença de depressão maior era de 9,6% no período pós-parto, apresentando uma incidência cumulativa na gestação e no pós-parto de 2,2%, e 6,8% respectivamente (BANTI, 2011). Neste estudo, a incidência de EPDS ≥ 13 foi de 5,7%, mesmo valor encontrado por Banti e colaboradores no puerpério, sendo que Gavin e

colaboradores sugerem que até 14,5% das mulheres podem apresentar um novo episódio depressivo em até três meses pós-parto (BANTI, 2011; GAVIN, 2005).

QUADRO 5 –DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO NO BRASIL COM A EPDS

Estudos	Ano	Período	Ponto de corte	Prevalência
De Fraga	2020	40 dias a 6 meses	13	11,1%
Da Silva	1998	6 meses	13	42,8%
Melo Jr	2012	4 a 6 semanas	12	10,8%
Theme Filha	2016	6 a 18 meses	13	26,3%
Silva	2012	30 a 60 dias	13	16,5%
Figueiredo	2015	até 1 ano	10	23,7%
Figueira	2009	40 a 90 dias	9	26,9%
Brito	2015	8 meses	12	25,9%
Zaconeta	2013	8 semanas	13	11,2%

FONTE: O AUTOR, 2020; DA SILVA, 1998; MELO JR, 2012; THEME-FILHA, 2016; SILVA, 2012; FIGUEIREDO, 2015; FIGUEIRA, 2009; BRITO, 2015; ZACONETA, 2013

Neste estudo, entre as 13 pacientes com rastreamento positivo pelo QTH na gestação, somente cinco (38,5%) permaneceram com pontuação diagnóstica no puerpério ($p < 0,001$). Esse dado é interessante quando sabemos que o QTH avalia sintomas na vida, então talvez no momento da resposta por telefone essas pacientes tenham sofrido influências externas, ou não ponderado sobre a pergunta antes de respondê-la, pois uma vez rastreadas positivamente para histórico de mania, supõe-se que o rastreamento deveria se manter positivo.

Por outro lado, a incidência de rastreamento positivo para o QTH no puerpério foi de 21,4%, o que deve ser avaliado com cuidado, já que os sintomas comuns do pós-parto como falta de sono e euforia podem ser considerados sintomas de mania e assim gerar um viés de confundimento.

As mulheres são rotineiramente rastreadas para sintomas depressivos através da EPDS, mas há poucos serviços que estimulam o rastreamento para mania, mesmo com o período perinatal sendo um momento importante de risco para estas pacientes (THOMSON, 2017). Frey e colaboradores identificaram uma

prevalência de 12% de puérperas com transtorno bipolar no puerpério em seu estudo, mostrando que esta patologia também deve ser investigada neste período (FREY, 2012).

Nesta amostra, a frequência de complicação no parto foi maior entre pacientes com TH no puerpério (46,1% vs 6,9%, $p < 0,001$). Estudo mostrou que mulheres paquistanesas com depressão dobravam o risco de evoluir com trabalho de parto prematuro (OR 1,90 95% CI 1,30-2,90), enquanto mulheres na Etiópia apresentam risco duas vezes maior para apresentar feto com baixo peso ao nascer quando apresentam o diagnóstico de depressão (OR 1,87 95% CI 1,09-2,21) (GELAYE, 2016). Das 12 pacientes neste estudo que apresentaram TH pelo SCID na gestação, cinco tiveram parto prematuro (41,7%) e entre 34 pacientes sem TH, oito tiveram parto prematuro (23,5%), não apresentando significância estatística para ser caracterizado como fator de risco para episódios depressivos nesta amostra.

Uma metanálise envolvendo onze países de baixa renda observou que as crianças filhas de mães com sintomas depressivos ou depressão maior no período pós-parto apresentam 1,5 vezes mais chance de estarem abaixo do peso (OR 1,5 95% CI 1,2-1,8) ou desnutridas (OR 1,4 95% CI 1,2-1,7) (GELAYE, 2016). Neste estudo, complicações obstétricas ou intervenções não foram relacionadas a depressão materna, não tendo sido observada diferença entre puérperas com ou sem TH em relação ao filho ter ido para a Unidade de Terapia Intensiva (46,1% vs 20,7%, $p = 0,14$). Esse resultado pode possivelmente ter ocorrido devido a amostra reduzida no puerpério (erro tipo II). Desfechos desfavoráveis fetais, como acometimento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou malformações congênitas, também não foram associados a depressão pós-natal em estudo brasileiro (THEME FILHA, 2016).

Neste estudo, observou-se que as pacientes com TH no puerpério diminuíram a frequência de amamentação, mostrando que pode haver uma importante influência da amamentação na proteção pra transtornos do humor ou vice-versa. A menor frequência de amamentação entre as pacientes com TH no puerpério observada neste estudo é compatível com os estudos que inferem que mães depressivas param de amamentar mais cedo (GELAYE, 2016).

Estudo da OMS observou prevalência de violência física no período perinatal variando entre 10 a 52%, que geralmente é acompanhada de abuso psicológico e

até 55% de abuso sexual (WHO, 2008). Um estudo peruano mostrou que o histórico de abuso pode aumentar o risco para depressão em mais de cinco vezes (GELAYE, 2016). Melo Jr e colaboradores pontuaram que, para depressão pós-parto, a violência psicológica foi fator de risco (3,31 95% CI 2,02-5,43), além do uso de álcool na gestação (2,14 95%CI 1,33-3,45), mulheres não brancas (1,85 95% CI 1,11-3,08) e histórico de violência física (2,14 95% CI 1,13-4,08) (MELO JR, 2012). Nesta amostra, o relacionamento com o parceiro se manteve igual após o nascimento do bebê em quase 60% dos casos.

A pouca motivação e energia do período pós-parto, associada as demandas físicas e cuidados com o recém-nascido interferem na habilidade da mulher buscar ajuda, principalmente porque é muito comum que elas priorizem a família ou apenas o bebê (WISNER, 2008). Buscar auxílio neste momento também se torna difícil devido ao estigma envolvido, além da dificuldade de lidar com sentimento de fracasso e sensação de que não saberá lidar com o fato de ser mãe. O rastreamento é visto na consulta como uma possibilidade para a mulher falar sobre isso (MILGROM, 2014).

A aplicação da EPDS e do QTH como rastreio no periparto permite diferenciar os diagnósticos de depressão maior e depressão bipolar, além de rastrear as pacientes com transtorno bipolar que não apresentam sintomas depressivos (SHARMA, 2010; SHARMA, 2011; ACCORTT, 2017).

Tendo em vista os fatores de risco observados nesta amostra, principalmente relacionamento conflituoso com o parceiro, é necessário que os obstetras perguntem ativamente sobre eles durante as consultas de pré-natal e puerpério, de modo a atuar na prevenção e orientação das pacientes.

A partir do momento que é identificada como risco para transtorno do humor, a gestante encontra algumas barreiras, e o tratamento Multidisciplinar é primordial para otimizar a assistência (PEARLSTEIN, 2015). Sugere-se que haja uma visão holística da situação, com abordagem centrada na paciente. Existem tratamentos não farmacológicos que podem ser maximizados durante a gestação como psicoterapia, exercícios, yoga e *mindfulness* e se for necessário uso de medicações, sabe-se que há mais benefícios do que riscos (MILGROM, 2014).

A psiquiatria reprodutiva deve ser expandida em programas de residência, principalmente em psiquiatria, medicina da família e ginecologia e obstetrícia

(FRIEDER, 2019). Quando adequadamente conduzidos, os transtornos do humor no período perinatal podem ser controlados, melhorando a qualidade de vida das pacientes e de suas famílias.

Este estudo apresentou algumas limitações. Não podemos extrapolar a validade do rastreamento de transtornos do humor com o QTH associado a EPDS na população geral de gestantes brasileiras, mas sabemos que tem acurácia importante nas populações de gestantes de alto risco no segundo trimestre. A dificuldade de encontrar pacientes com idade gestacional entre 18 e 24 semanas no pré-natal, geralmente por vínculo tardio ao CHC/UFPR, contribuiu com a amostra pequena, mas que se manteve dentro do cálculo amostral. A dificuldade do retorno das puérperas para avaliação presencial impossibilitou a coleta de amostra sanguínea para comparação no puerpério, mas promoveu a aplicação dos questionários por telefone, abordagem que vem ganhando cada vez mais espaço no Brasil devido a pandemia do coronavírus. Entende-se que a EPDS investiga a presença atual de sintomas depressivos, mas o diagnóstico dos transtornos de humor é feito de forma longitudinal, assim, instrumentos que acessem a história pregressa de quadros de humor deprimido também poderiam auxiliar no rastreamento.

Os resultados deste estudo geram importantes contribuições para a prática clínica. A aplicação conjunta das escalas EPDS e QTH em gestantes de alto risco mostrou-se adequada para o rastreio de transtorno depressivo e bipolar, podendo ser utilizada como ferramenta de rastreio pelos médicos obstetras, já que as mulheres no período perinatal têm um contato intensificado com este profissional de saúde. É importante que a saúde mental faça parte da rotina de avaliação das pacientes obstétricas. Incentivar o rastreamento universal pelo menos uma vez na gestação e outra no pós-parto, além das aplicações pelos pediatras nas consultas de puericultura pode identificar cada vez mais as pacientes em risco, estimulando tratamento precoce, redução do estigma e melhora da qualidade de vida delas e de suas famílias.

Além disso, a identificação de fatores de risco para TH durante a gestação, associado ao diagnóstico precoce, podem contribuir para o surgimento de políticas de prevenção e aconselhamento.

Os dados obtidos neste estudo podem justificar a criação de um ambulatório de pré-natal multidisciplinar em saúde mental perinatal no Serviço de Obstetrícia da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, abrangendo obstetrícia, psiquiatria, psicologia, pediatria, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, de modo a fornecer atenção completa a estas pacientes e tornar os profissionais de saúde mais seguros e conscientes da importância da integração entre saúde física mental.

6 CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

EPDS e QTH se mostraram eficazes na identificação de sintomas depressivos e maníacos no segundo trimestre da gestação e no puerpério.

TH foi observado em cerca de 25% das gestantes, sendo 16,4% delas diagnosticadas com transtorno bipolar e 8,2% com depressão maior. O QTH ≥ 7 apresentou elevada sensibilidade, especificidade e acurácia. Na EPDS, o escore ≥ 13 apresentou alta acurácia e especificidade, tornando-se o ponto de corte mais indicado para ser usado na população de gestantes de alto risco no segundo trimestre.

A história mórbida pregressa de transtorno psiquiátrico e de parceiro com comportamento negativo foram os principais fatores associados ao TH, aumentando sua chance em cinco vezes.

A dosagem sérica de estradiol e progesterona não se mostrou viável para suspeição e identificação de transtornos do humor em gestantes no segundo trimestre.

REFERÊNCIAS

ACCORTT, Eynav Elgavish; WONG, Melissa S. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 72, n. 9, p. 553-568, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. COMITTE OPINION N 630. Screening for perinatal depression. **Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 5, p. 1268, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. REPLACE COMM OPIN. Screening for perinatal depression. **Obstetrics & Gynecology**, v. 132, n. 5, p. e208-e212, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

AUSTIN, M P, HIGHET N and the Expert Working Group (2017). **Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline**. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence, 2017.

AUSTIN, M. P.; HIGHET, N. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. **A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative**, 2011.

AUSTIN, Marie-Paule et al. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 179-187, 2014.

AVALOS, Lyndsay A. et al. Improved perinatal depression screening, treatment, and outcomes with a universal obstetric program. **Obstetrics and gynecology**, v. 127, n. 5, p. 917, 2016.

BALDESSARINI, Ross J.; TONDO, Leonardo; VÁZQUEZ, Gustavo H. Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. **Molecular psychiatry**, v. 24, n. 2, p. 198-217, 2019.

BANTI, Susanna et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. **Comprehensive psychiatry**, v. 52, n. 4, p. 343-351, 2011.

BAPTISTA, Flavia Hashizume et al. Prevalence and factors associated with alcohol consumption during pregnancy. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 2, p. 271-279, 2017.

BARKER, Lucy Church et al. Postpartum psychiatric emergency visits: a nested case-control study. **Archives of women's mental health**, v. 19, n. 6, p. 1019-1027, 2016.

BAUER, Annette et al. Costs of perinatal mental health problems. 2014.

BECKER, Madeleine et al. Depression during pregnancy and postpartum. **Current psychiatry reports**, v. 18, n. 3, p. 32, 2016.

BENNET, Heather A et al. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. The American College of Obstetricians and Gynecologists, v. 103, n. 4, april 2004.

BHAT, Amritha; CERIMELE, Joseph M.; BYATT, Nancy. Pregnant and Postpartum Women With Bipolar Disorder: Taking the Care to Where They Are. **Psychiatric Services**, v. 69, n. 12, p. 1207-1209, 2018.

BHAT, Amritha; REED, Susan D.; UNÜTZER, Jürgen. The obstetrician–gynecologist's role in detecting, preventing, and treating depression. **Obstetrics and gynecology**, v. 129, n. 1, p. 157, 2017.

BLOCH, Miki et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 6, p. 924-930, 2000.

BLOCH, Miki; DALY, Robert C.; RUBINOW, David R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. **Comprehensive psychiatry**, v. 44, n. 3, p. 234-246, 2003.

BORROW, Amanda P.; CAMERON, Nicole M. Estrogenic mediation of serotonergic and neurotrophic systems: implications for female mood disorders. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 54, p. 13-25, 2014.

BRANCAGLION, M. Y. M. et al. How Gestational Depression Impacts on Quality of Life. **J Depress Anxi-ety**, v. 5, n. 225, p. 2167-1044.1000225, 2016.

BRANCAGLION, Mayra Yara et al. EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE FOR SCREENING ANTEPARTUM DEPRESSION IN THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 10, n. 2, 2013.

BRINTON, Roberta Diaz et al. Progesterone receptors: form and function in brain. **Frontiers in neuroendocrinology**, v. 29, n. 2, p. 313-339, 2008.

BRITO, Cynthia Nunes de Oliveira et al. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. **Revista de saude publica**, v. 49, p. 33, 2015.

BROCKINGTON, Ian. Postpartum psychiatric disorders. **The Lancet**, v. 363, n. 9405, p. 303-310, 2004.

BRUMMELTE, S.; GALEA, Liisa AM. Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 34, n. 5, p. 766-776, 2010.

BRUMMELTE, Susanne; GALEA, Liisa AM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. **Hormones and behavior**, v. 77, p. 153-166, 2016.

BUIST, Anne E. et al. To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. **Medical Journal of Australia**, v. 177, p. S101-S105, 2002.

BYATT, Nancy et al. Massachusetts child psychiatry access program for Moms: utilization and quality assessment. **Obstetrics and gynecology**, v. 132, n. 2, p. 345, 2018

CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CANTILINO, Amaury et al. Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010.

CÁRDENAS, Emilia F.; KUJAWA, Autumn; HUMPHREYS, Kathryn L. Neurobiological changes during the peripartum period: Implications for health and behavior. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, 2019.

CASTELO, Milena S. et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire in a Brazilian psychiatric population. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 424-428, 2010.

CASTRO E COUTO, T. Castro et al. Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. **Journal of affective disorders**, v. 192, p. 70-75, 2016.

CASTRO E COUTO, Tiago Castro et al. Suicidality among pregnant women in Brazil: prevalence and risk factors. **Archives of women's mental health**, v. 19, n. 2, p. 343-348, 2016.

CASTRO E COUTO, Tiago Castro et al. What is the best tool for screening antenatal depression?. **Journal of affective disorders**, v. 178, p. 12-17, 2015.

CATENACCIO, Eva; MU, Weiya; LIPTON, Michael L. Estrogen-and progesterone-mediated structural neuroplasticity in women: evidence from neuroimaging. **Brain Structure and Function**, v. 221, n. 8, p. 3845-3867, 2016.

ÇELİK, Sercan Bulut et al. Screening mixed depression and bipolarity in the postpartum period at a primary health care center. **Comprehensive psychiatry**, v. 71, p. 57-62, 2016.

CHORWE-SUNGANI, Genesis; CHIPPS, Jennifer. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource

settings. **BMC psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 112, 2017.

CLARK, Crystal T. et al. Does screening with the MDQ and EPDS improve identification of bipolar disorder in an obstetrical sample?. **Depression and anxiety**, v. 32, n. 7, p. 518-526, 2015.

CLARK, Crystal T.; WISNER, Katherine L. Treatment of Peripartum bipolar disorder. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 45, n. 3, p. 403-417, 2018.

CLEMENTE, Adauto S. et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 37, n. 2, p. 155-161, 2015.

COMASCO, Erika et al. Supraphysiological hormonal status, anxiety disorders, and COMT Val/Val genotype are associated with reduced sensorimotor gating in women. **Psychoneuroendocrinology**, v. 60, p. 217-223, 2015.

COX, John L.; HOLDEN, Jeni M.; SAGOVSKY, Ruth. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British journal of psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.

CROWLEY, Shannon K. et al. Blunted neuroactive steroid and HPA axis responses to stress are associated with reduced sleep quality and negative affect in pregnancy: a pilot study. **Psychopharmacology**, v. 233, n. 7, p. 1299-1310, 2016.

CURRY, Susan J. et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. **Jama**, v. 321, n. 6, p. 580-587, 2019.

DA SILVA, VA et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 31, n. 6, p. 799-804, 1998.

EARLS, Marian F. et al. Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. **Pediatrics**, v. 143, n. 1, p. e20183259, 2019.

EPIFANIO, Maria Stella et al. Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. **Pediatric reports**, v. 7, n. 2, 2015.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Type of delivery is not associated with maternal depression. **Archives of women's mental health**, v. 22, n. 5, p. 631-635, 2019.

FELICE, E. et al. Validation of the Maltese version of the Edinburgh postnatal depression scale. **Archives of women's mental health**, v. 9, n. 2, p. 75-80, 2006.

FIGUEIRA, Patrícia et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Revista de saude publica**, v. 43, p. 79-84, 2009.

FIGUEIREDO, Felipe Pinheiro de et al. Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 3, p. 547-553, 2015.

FINK, George et al. Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. **Cellular and molecular neurobiology**, v. 16, n. 3, p. 325-344, 1996.

FIRST, Michael B. et al. **Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5: SCID-5-CV Versão Clínica**. Artmed Editora, 2017.

FORLENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. Compêndio de clínica psiquiátrica. **Barueri, SP**, 2013.

FREY, Benicio N. et al. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire as a screening tool for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 73, n. 11, p. 1456-1461, 2012.

FRIEDER, Ariela et al. Pharmacotherapy of postpartum depression: current approaches and novel drug development. **CNS drugs**, v. 33, n. 3, p. 265-282, 2019.

GALEA, Liisa AM et al. Why estrogens matter for behavior and brain health. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 76, p. 363-379, 2017.

GALLETTA, Marco Aurélio. Et al. Revisão sobre Diagnóstico de Depressão Pós-Parto - Desafios no diagnóstico da depressão pós-parto no Brasil. SOGESP 2016. 2016;1-22.

GAVIN, Norma I. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. **Obstetrics & Gynecology**, v. 106, n. 5, p. 1071-1083, 2005.

GELAYE, Bizu et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 10, p. 973-982, 2016.

GELAYE, Bizu; KAJEEPETA, Sandhya; WILLIAMS, Michelle A. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. **Archives of women's mental health**, v. 19, n. 5, p. 741-751, 2016.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Artmed Editora, 2015.

GHAEMI, Nassir. **Clinical Psychopharmacology: Principles and Practice**. Oxford University Press, USA, 2019.

GREEN, Amanda D.; GALEA, Liisa AM. Adult hippocampal cell proliferation is suppressed with estrogen withdrawal after a hormone-simulated pregnancy. **Hormones and behavior**, v. 54, n. 1, p. 203-211, 2008.

GROTE, Nancy K. et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. **Archives of general psychiatry**, v. 67, n. 10, p. 1012-1024, 2010.

HIRSCHFELD, Robert MA et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 11, p. 1873-1875, 2000.

JOFFE, Hadine et al. Impact of estradiol variability and progesterone on mood in perimenopausal women with depressive symptoms. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 105, n. 3, p. e642-e650, 2020.

KATAOKA, Mariana Caricati et al. Smoking during pregnancy and harm reduction in birth weight: a cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 67, 2018.

KASSADA, Danielle Satie et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 6, p. 495-502, 2015.

KHAN, Sabrina J. et al. Bipolar disorder in pregnancy and postpartum: principles of management. **Current psychiatry reports**, v. 18, n. 2, p. 13, 2016.

KOZINSZKY, Zoltan; DUDAS, Robert B. Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. **Journal of affective disorders**, v. 176, p. 95-105, 2015.

LANCASTER, Christie A. et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 202, n. 1, p. 5-14, 2010.

LEVIS, Brooke et al. Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta-analysis. **International journal of methods in psychiatric research**, v. 28, n. 4, p. e1803, 2019.

LINDAHL, V.; PEARSON, Jane L.; COLPE, L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. **Archives of Women's Mental Health**, v. 8, n. 2, p. 77-87, 2005.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

MALIK, Saloni et al. Emergency department use in the perinatal period: An opportunity for early intervention. **Annals of emergency medicine**, v. 70, n. 6, p. 835-839, 2017.

MARINI, Flavia Casasanta. Estudo dos fatores relacionados à pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Tese de doutorado UFMG, 2014.

MASTERS, Grace A. et al. Positive screening rates for bipolar disorder in pregnant and postpartum women and associated risk factors. **General hospital psychiatry**, v. 61, p. 53-59, 2019.

MATTHEY, Stephen; AGOSTINI, Francesca. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale for women and men—some cautionary thoughts. **Archives of women's mental health**, v. 20, n. 2, p. 345-354, 2017.

MAURI, Mauro et al. SUICIDALITY in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. **Archives of women's mental health**, v. 15, n. 1, p. 39-47, 2012.

MELO JR, Elias F. et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **Journal of affective disorders**, v. 136, n. 3, p. 1204-1208, 2012.

MELTZER-BRODY, S. et al. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. **Psychological medicine**, v. 47, n. 8, p. 1427-1441, 2017.

MELTZER-BRODY, Samantha et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1058-1070, 2018.

MELTZER-BRODY, Samantha; KANES, Stephen J. Allopregnanolone in postpartum depression: Role in pathophysiology and treatment. **Neurobiology of**

Stress, v. 12, p. 100212, 2020.

MELTZER-BRODY, Samantha. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 13, n. 1, p. 89, 2011.

MERRILL, Lindsay et al. Screening for bipolar disorder during pregnancy. **Archives of women's mental health**, v. 18, n. 4, p. 579-583, 2015.

MILECH, A.; OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)[Internet]. São Paulo: AC Farmacêutica; 2016

MILGROM, Jeannette; GEMMILL, Alan W. Screening for perinatal depression. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 13-23, 2014.

MUNK-OLSEN, Trine et al. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. **Translational psychiatry**, v. 6, n. 10, p. e919-e919, 2016.

NETSI, Elena et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. **JAMA psychiatry**, v. 75, n. 3, p. 247-253, 2018.

O'LEARY, Peter et al. Longitudinal assessment of changes in reproductive hormones during normal pregnancy. **Clinical chemistry**, v. 37, n. 5, p. 667-672, 1991.

OSBORNE, Lauren M. et al. Lower allopregnanolone during pregnancy predicts postpartum depression: an exploratory study. **Psychoneuroendocrinology**, v. 79, p. 116-121, 2017.

PARRY, B. L. et al. Hormonal basis of mood and postpartum disorders. **Current women's health reports**, v. 3, n. 3, p. 230-235, 2003.

PATTEN, Scott B. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. **Journal of Affective**

Disorders, v. 117, p. S5-S14, 2009.

PAULEV, Zumbieta. **Textbook in medical Physiology and Patophysiology Essentials and clinical problems**. 1st edition. Chapter 29: Sexual satisfaction, reproduction and disorders. Disponível online em: https://www.mednote.dk/index.php/Sexual_satisfaction_reproduction_and_disorders, acessado em 09 de junho 2020. Enne Fisiology, 2002

PAYNE, J. L. The role of estrogen in mood disorders in women. **International Review of Psychiatry**, v. 15, n. 3, p. 280-290, 2003.

PAYNE, Jennifer L.; PALMER, Jennifer Teitelbaum; JOFFE, Hadine. A reproductive subtype of depression: conceptualizing models and moving toward etiology. **Harvard review of psychiatry**, v. 17, n. 2, p. 72-86, 2009.

PEARLSTEIN, Teri. Depression during pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 29, n. 5, p. 754-764, 2015.

RADO, ANDRE; CRYSTLE, C. DEANS; TOWNSLEY, JOHN D. Concentration of estrogens in maternal peripheral plasma in late pregnancy, during labor and post partum. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 30, n. 4, p. 497-503, 1970.

RUDZINSKAS, Sarah et al. Combined Estradiol and Progesterone Exposure and Subsequent Withdrawal Induce Differential Cellular Responses in Women With and Without Postpartum Depression. **Biological Psychiatry**, v. 87, n. 9, p. S153-S154, 2020.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

RUSNER, Marie; BERG, Marie; BEGLEY, Cecily. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 331, 2016.

RYAN, Joanne et al. Lifetime hormonal factors may predict late-life depression in

women. **International psychogeriatrics**, v. 20, n. 6, p. 1203-1218, 2008.

SANTOS, Iná S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2577-2588, 2007.

SCHILLER, Crystal Edler et al. Reproductive steroid regulation of mood and behavior. **Comprehensive Physiology**, v. 6, n. 3, p. 1135-1160, 2016.

SCHILLER, Crystal Edler; MELTZER-BRODY, Samantha; RUBINOW, David R. The role of reproductive hormones in postpartum depression. **CNS spectrums**, v. 20, n. 1, p. 48-59, 2015.

SHARMA, Verinder et al. Should all women with postpartum depression be screened for bipolar disorder?. **Medical hypotheses**, v. 118, p. 26-28, 2018.

SHARMA, Verinder; BURT, Vivien K.; RITCHIE, Hendrica L. Assessment and treatment of bipolar II postpartum depression: a review. **Journal of affective disorders**, v. 125, n. 1-3, p. 18-26, 2010.

SHARMA, Verinder; XIE, Bin. Screening for postpartum bipolar disorder: validation of the Mood Disorder Questionnaire. **Journal of affective disorders**, v. 131, n. 1-3, p. 408-411, 2011.

SHRESTHA, Sumitra Devi et al. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 72, 2016.

SILVA, Ricardo et al. Fatores sociodemográficos de risco de depressão perinatal: um estudo populacional no sistema público de cuidados de saúde. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2012.

SIU, Albert L. et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. **Jama**, v. 315, n. 4, p. 380-387, 2016.

STEWART, Donna E. **Postpartum Depression: literature Review of Risk Factors and Interventions**. Prepared for Toronto Public Health, October 2003.

SUDHANTHAR, Sathyanarayan et al. Postpartum depression screening: are we doing a competent job?. **BMJ Open Quality**, v. 8, n. 4, p. e000616, 2019.

TAN, Ene-Choo et al. Investigation of variants in estrogen receptor genes and perinatal depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, v. 14, p. 919, 2018.

THEME- FILHA, Mariza Miranda et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of affective disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.

THOMSON, Michael; SHARMA, Verinder. Between a rock-a-bye and a hard place: mood disorders during the peripartum period. **CNS spectrums**, v. 22, n. S1, p. 49-64, 2017.

TSAKIRIDIS, Ioannis et al. Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. **Archives of gynecology and obstetrics**, p. 1-11, 2019.

TULCHINSKY, Dan et al. Plasma estrone, estradiol, estriol, progesterone, and 17-hydroxyprogesterone in human pregnancy: I. Normal pregnancy. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 112, n. 8, p. 1095-1100, 1972.

TURNBULL, A. C. et al. Significant fall in progesterone and rise in oestradiol levels in human peripheral plasma before onset of labour. **The Lancet**, v. 303, n. 7848, p. 101-104, 1974.

USUDA, Kentaro et al. Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 71, n. 12, p. 836-842, 2017.

VERBEEK, Tjitte et al. Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental lifetime psychopathology. **Journal of affective disorders**, v. 136, n. 3, p. 948-954, 2012.

WALTON, Najah; MAGUIRE, Jamie. Allopregnanolone-based treatments for postpartum depression: Why/how do they work?. **Neurobiology of stress**, v. 11, p. 100198, 2019.

WILSON, Claire A. et al. Alcohol, smoking, and other substance use in the perinatal period. **bmj**, v. 369, 2020.

WISNER, Katherine L. et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. **JAMA psychiatry**, v. 70, n. 5, p. 490-498, 2013.

WISNER, Katherine L.; SCHOLLE, Sarah Hudson; STEIN, Bradley. Perinatal disorders: advancing public health opportunities. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 69, n. 10, p. 1602, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Millennium Development Goal 5—improving maternal health. **World Health Organization**, 2008.

XU, Fenglian et al. The association of Emergency Department presentations in pregnancy with hospital admissions for postnatal depression (PND): a cohort study based on linked population data. **BMC emergency medicine**, v. 17, n. 1, p. 12, 2016.

YATHAM, Lakshmi N. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar disorders** v. 20,2 p 97-170, 2018.

YIM, Ilona S. et al. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. **Annual review of clinical psychology**, v. 11, 2015.

ZACONETA, Alberto Moreno et al. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 3, p. 130-135, 2013.

ZOU, Runyu et al. Exposure to maternal depressive symptoms in fetal life or childhood and offspring brain development: a population-based imaging study. **American Journal of Psychiatry**, v. 176, n. 9, p. 702-710, 2019.

ANEXO 1

TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO: RASTREAMENTO E FATORES DE RISCO

Nome: _____

Prontuário: _____ Data da entrevista: ____/____/____ Aplicador: _____

PERFIL NA GESTAÇÃO

Data de nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____ Raça: _____ Religião: _____

Primeira ecografia: Dia _____ IG _____ DUM: _____

Idade gestacional **ECOGRÁFICA** na aplicação do questionário: _____ SEMANAS

Idade gestacional **CRONOLÓGICA** na aplicação do questionário: _____ SEMANAS

1. Qual a sua escolaridade?

- ☐ Não estudei
- ☐ Primeiro grau incompleto
- ☐ Primeiro grau completo
- ☐ Segundo grau incompleto
- ☐ Segundo grau completo
- ☐ Terceiro grau incompleto
- ☐ Terceiro grau completo

2. Estado civil:

- ☐ Solteira, mas tenho um parceiro fixo
- ☐ Solteira e não tenho um parceiro fixo
- ☐ Moro junto com um parceiro fixo
- ☐ Casada
- ☐ Divorciada

3. Há quanto tempo você está com o atual parceiro? _____

4. Quantas pessoas moram com você?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Mais de 5

5. Renda mensal familiar:

- ☐ Até 1 salário mínimo
- ☐ De 1 a 3 salários mínimos
- ☐ De 3 a 6 salários mínimos
- ☐ Mais que 6 salários mínimos

6. Você já trabalhou na sua vida?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Seu trabalho teve de ser interrompido por estar grávida?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Somente pela licença maternidade

8. Como você considera a situação financeira da sua família?

- ☐ Considero que minha família está financeiramente bem no momento
- ☐ Recebemos o suficiente para o sustento básico da família, gastos fora do orçamento não estão previstos
- ☐ O que a família recebe não é suficiente para manter as necessidades básicas e muitas vezes precisamos de auxílio de outras pessoas

9. Quem você considera a pessoa que mais contribui com a renda da família?

- ☐ Eu mesma
- ☐ Meu marido/ esposa/ companheiro
- ☐ Meu pai
- ☐ Minha mãe
- ☐ Outro: _____

10. Quantos anos você tinha na sua primeira relação sexual? _____ anos

11. Quantas vezes já ficou grávida? _____ vezes

12. Quantas vezes já teve parto normal? _____ vezes

13. Quantas vezes já fez cesariana? _____ vezes

14. Quantas vezes já teve um aborto? _____ vezes

15. Qual método anticoncepcional estava usando antes de engravidar?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Pílula de injeção todo mês | <input type="checkbox"/> DIU Mirena® |
| <input type="checkbox"/> Camisinha | <input type="checkbox"/> Pílula de injeção a cada três meses | <input type="checkbox"/> Laqueadura |
| <input type="checkbox"/> Pílula de comprimido | <input type="checkbox"/> DIU de cobre | <input type="checkbox"/> Meu marido tem vasectomia |

16. A sua gestação atual foi planejada?

- ☐ Sim
☐ Não

17. Porque você foi encaminhada para o Pré- Natal de alto risco no Hospital de Clínicas?

18. Você já teve algum parto prematuro (algum filho que nasceu antes do tempo)?

- ☐ Não
☐ Sim _____ semanas

19. Você já teve algum filho que faleceu?

- ☐ Não
☐ Sim _____ anos

20. Algum filho seu já teve que ir pra UTI após o nascimento?

- ☐ Não
☐ Sim

21. Quanto tempo ficou internado na UTI? _____

- ☐ Não se aplica

22. Quantos dias você ficou internada na maternidade em seu último parto?

- ☐ Menos de 2 dias
☐ Mais de 2 menos de 5
☐ Mais de 5 dias

23. Com relação ao seu último parto, teve alguma complicação?

- ☐ Não
☐ Sim _____

24. Você já teve algum filho com alguma alteração física (malformação)?

- ☐ Não
☐ Sim _____

25. Alguém da sua família tem ou teve alguma doença psiquiátrica (alcoolismo, depressão, suicídio, bipolar, síndrome do pânico...)?

- ☐ Não ☐ Sim

26. Quem dá sua família?

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Irmão/irmã | <input type="checkbox"/> Avô/avó |
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Filho/filha | <input type="checkbox"/> Tios ou primos |

27. Qual problema?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Drogadição | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo | <input type="checkbox"/> Transtorno bipolar | <input type="checkbox"/> Suicídio |

28. Você já precisou consultar um psiquiatra?

- ☐ Não ☐ Sim

29. Por que?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Transtorno bipolar | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| <input type="checkbox"/> Alcolismo | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio |
| <input type="checkbox"/> Drogadição | <input type="checkbox"/> Suicídio | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

30. Você já precisou tomar remédio por causa disso?

- ☐ Sim ☐ Não

31. Está tomando algum remédio por causa disto atualmente?

- ☐ Não, parei de tomar há bastante tempo
- ☐ Não, parei de tomar porque fiquei grávida
- ☐ Sim _____

32. O atual parceiro é o pai do filho que esta esperando?

- ☐ Sim ☐ Não

33. Como você considera seu relacionamento atual:

- ☐ Satisfatório ☐ Não satisfatório

34. Você já se sentiu humilhada ou agredida (não precisa ser fisicamente) pelo seu parceiro?

- ☐ Sim ☐ Não

35. Seu parceiro já insistiu que você fizesse coisas que você não gostaria de fazer?

- ☐ Sim ☐ Não

36. Você já teve de manter relação sexual com seu parceiro exclusivamente por vontade dele?

- ☐ Sim ☐ Não

37. Quando vocês discutem, seu parceiro fica agressivo a ponto de te machucar fisicamente?

- ☐ Sim ☐ Não

38. Na sua vida, qual (is) destas substâncias você já utilizou?

Adaptado de ASSIST (OMS)

Droga	Sim	Não	1 ou 2x na vida	mensalmente	semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
Derivados do tabaco (cigarro)	Sim	Não				
Bebidas alcoólicas	Sim	Não				
Maconha	Sim	Não				
Cocaína, crack	Sim	Não				
Anfetaminas ou ecstasy	Sim	Não				
Inalantes	Sim	Não				
Hipnóticos/sedativos	Sim	Não				
Alucinógenos	Sim	Não				
Opióides/opiáceos	Sim	Não				
Outras	Sim	Não				

ANEXO 2

TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO: RASTREAMENTO E FATORES DE RISCO

Nome: _____

Prontuário: _____ Data da entrevista: ____/____/____ Aplicador: _____

PERFIL NO PUERPÉRIO

1. Você realizou o pré natal?

- ☐ Sim
☐ Não

2. Quantas consultas? (ver na carteirinha)

- ☐ Menos de 3 consultas
☐ Entre 3 e 6 consultas
☐ Mais de 6 consultas

3. Foi atendida por psicólogo durante o Pré- Natal?

- ☐ Sim
☐ Não

4. Quantas vezes?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3 ou mais

5. Você acha que foi bom para você ter se consultado com o psicólogo?

- ☐ Sim
☐ Não

6. Foi atendida por psiquiatra durante o Pré Natal?

- ☐ Sim
☐ Não

7. Quantas vezes?

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3 ou mais

8. Você acha que foi bom ter se consultado com o psiquiatra?

- ☐ Sim
☐ Não

9. O psiquiatra recebeu alguma medicação para você?

- ☐ Sim
☐ Não

10. Você se sentiu bem cuidada/ assistida durante a realização do Pré- Natal (consultas no HC) ?

- ☐ Sim
☐ Não

11. Qual foi a data do seu último parto? ____/____/____

12. Tipo de parto

- ☐ Parto Normal
☐ Parto Cesariana

13. Ocorreu algo que você não gostou ou que fez você se sentir traumatizada durante seu parto?

- ☐ Sim
☐ Não

14. O que foi?

15. Seu bebê nasceu prematuro?

- ☐ Sim
☐ Não

16. Seu bebê foi para UTI?

- ☐ Sim
☐ Não

17. Tem desejo de amamentar?

- ☐ Sim
☐ Não

18. Está conseguindo amamentar?

- ☐ Sim
☐ Não

19. Como está seu relacionamento com seu parceiro depois do nascimento do seu bebê?

- ☐ Melhor
☐ Pior
☐ Igual

20. Você tem previsão de alta?

- ☐ Sim

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS PARTO DE EDIMBURGO

Por favor RESPONDA ao pesquisador como você tem se sentido **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS**, não apenas como você se sente hoje.

Exemplo:

Eu tenho me sentido feliz:

- ☐ Sim, todo o tempo
- X** **Sim, na maior parte do tempo**
- ☐ Não, não muito
- ☐ Não, em nenhum momento

→ Esta resposta quer dizer: Eu me senti feliz na maior parte do tempo na última semana.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- ☐ Como sempre fiz
- ☐ Não tanto quanto antes
- ☐ Sem dúvida menos que antes
- ☐ De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia:

- ☐ Como sempre senti
- ☐ Talvez menos do que antes
- ☐ Com certeza menos
- ☐ De jeito nenhum

3. Eu tenho me sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Não muitas vezes
- ☐ Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- ☐ Não, de maneira alguma
- ☐ Pouquíssimas vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Não muitas vezes
- ☐ Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia

- ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Não muitas vezes
- ☐ Não, de jeito nenhum

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- ☐ Sim, na maioria das vezes
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Não muitas vezes
- ☐ Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:

- ☐ Sim, quase todo o tempo
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- ☐ Sim, muitas vezes ultimamente
- ☐ Algumas vezes nos últimos dias
- ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente
- ☐ Nenhuma vez

CONTABILIZAÇÃO DOS ESCORES:

Questões 1,2,4 são contabilizadas em 0,1,2 ou 3 de cima para baixo
 Questões 3, 5-10 são contabilizadas em 3,2,1 ou 0 de cima para baixo

Máximo escore: 30

Rastreamento positivo para sintomas depressivos: EPDS ≥ 13

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO DE TRANSTORNOS DO HUMOR – QTH**1. Tem ocorrido constantemente em sua vida períodos nos quais você se sentia diferente do que costumava ser?**

- ❖ ... você se sentia tão bem e tão excitado a ponto de as outras pessoas pensarem que você não estava no seu jeito normal, ou você estava tão pra cima a ponto de se envolver em problemas?

☐ Sim☐ Não

- ❖ ... você ficava tão irritado a ponto de gritar com as pessoas ou começava brigas ou discussões?

☐ Sim☐ Não

- ❖ ... você se sentia muito mais confiante em você mesmo do que o normal?

☐ Sim☐ Não

- ❖ ... você dormia menos que de costume e nem sequer sentia falta do sono?

☐ Sim☐ Não

- ❖ ... você falava muito mais ou mais rápido que o seu normal?

☐ Sim☐ Não

- ❖ ... os pensamentos corriam rapidamente em sua cabeça ou você não conseguia acalmar sua mente?

☐ Sim☐ Não

- ❖ ... você se distraía com tanta facilidade com as coisas em seu redor, a ponto de ter dificuldade em manter a concentração ou o foco em uma atividade?

☐ Sim☐ Não

❖ ... você se sentia com muito mais energia que o seu normal?

☐ Sim

☐ Não

❖ ... você ficava muito mais ativo e fazia muito mais as coisas que de costume?

☐ Sim

☐ Não

❖ ... você ficava mais dado com as pessoas e mais expansivo que seu normal, por exemplo, telefonava para os amigos no meio da noite?

☐ Sim

☐ Não

❖ ... você ficava mais interessado em sexo que o normal?

☐ Sim

☐ Não

❖ ... você fazia coisas que não eram comuns para você ou que faziam outras pessoas pensarem que você era exagerado, bobo ou se arriscava mais?

☐ Sim

☐ Não

❖ ... gastar dinheiro causava problemas para você ou para sua família?

☐ Sim

☐ Não

CONTABILIZAÇÃO DOS ESCORES:

Rastreamento positivo > \geq 7 respostas sim

ANEXO 5

SCID-5-CV

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA OS TRANSTORNOS DO DSM-5®

VERSÃO CLÍNICA

Paciente: _____	Data da Entrevista: _____
	dia mês ano
Clínico: _____	

FICHA DE PONTUAÇÃO DO SUMÁRIO DIAGNÓSTICO DA SCID-5-CV

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

História		Transtorno
Atual	anterior	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia (p.203/C25) F20.9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizofreniforme (p.203/C26) F20.81
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizoafetivo (p.203/C27) F25.0 Tipo Bipolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F25.1 Tipo Depressivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Delirante (p.203/C28) F22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Breve (p.203/C29) F23
Ao longo da vida		
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica (p.197/C6, p.198/C8, p.199/C12, p.200/C17, p.201/C21, p.202/C24) F06.2 Com Delírios
	<input type="checkbox"/>	F06.0 Com Alucinações
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento (p.197/C6, p.198/C8, p.199/C12, p.200/C17, p.201/C21, p.202/C24) F____ ¹ Indicar substância específica e código diagnóstico:
	<input type="checkbox"/>	Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia Especificado/Não Especificado e Outro Transtorno Psicótico (p.203/C30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F28 Outro Especificado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F29 Não Especificado

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

História		Transtorno
Atual	anterior	
Transtorno Bipolar Tipo I		
		Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Maníaco Atual ou Mais Recente (p.208/D17)
<input type="checkbox"/>		F31.11 Episódio Maníaco Atual, Leve
<input type="checkbox"/>		F31.12 Episódio Maníaco Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>		F31.13 Episódio Maníaco Atual, Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.2 Episódio Maníaco Atual, Com Características Psicóticas
	<input type="checkbox"/>	F31.73 Episódio Maníaco Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.74 Episódio Maníaco Mais Recente, Em Remissão Completa
		Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Depressivo Atual ou Mais Recente (p.208/D18)
<input type="checkbox"/>		F31.31 Episódio Depressivo Atual, Leve
<input type="checkbox"/>		F31.32 Episódio Depressivo Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>		F31.4 Episódio Depressivo Atual, Grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.5 Episódio Depressivo Atual, Com Características Psicóticas
	<input type="checkbox"/>	F31.75 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.76 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Completa
		Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Hipomaniaco Atual ou Mais Recente (p.209/D19)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.0 Episódio Hipomaniaco Atual
	<input type="checkbox"/>	F31.71 Episódio Hipomaniaco Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.72 Episódio Hipomaniaco Mais Recente, Em Remissão Completa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Não Especificado Atual ou Mais Recente (p.209/D20) F31.9

¹ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento.

Atual	História anterior	Transtorno
Transtorno Bipolar Tipo II		
Transtorno Bipolar Tipo II, Episódio Hipomaniaco Atual ou Mais Recente (p.209/D21)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Hipomaniaco Atual
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Hipomaniaco Mais Recente, Em Remissão Parcial
		F31.81 Episódio Hipomaniaco Mais Recente, Em Remissão Completa
Transtorno Bipolar Tipo II		
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual ou Mais Recente (p.210/D22)
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Leve
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Grave
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Atual, Com Características Psicóticas
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Parcial
		F31.81 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Completa
Ao longo da vida		
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (p.178/A40, p.181/A53, p.184/A65, p.187/A77, p.206/D10)
	<input type="checkbox"/>	F06.33 Com Características Maníacas
	<input type="checkbox"/>	F06.33 Com Episódio Tipo Maníaco ou Hipomaniaco
	<input type="checkbox"/>	F06.34 Com Características Mistas
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (p.178/A40, p.181/A53, p.184/A65, p.187/A77, p.206/D10)
		F___ ² Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
História		
Atual	anterior	Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado/Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado (p.210/D23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.89 ³ Outro Especificado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.9 Não Especificado
Transtornos depressivos		
Atual	História anterior	Transtorno
Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único (p.211/D24)		
<input type="checkbox"/>		F32.0 Leve (atual)
<input type="checkbox"/>		F32.1 Moderado (atual)
<input type="checkbox"/>		F32.2 Grave (atual)
<input type="checkbox"/>		F32.3 Com Características Psicóticas (atual)
	<input type="checkbox"/>	F32.4 Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F32.5 Em Remissão Completa
Transtorno Depressivo Maior, Episódio Recorrente (p.211/D24)		
<input type="checkbox"/>		F33.0 Leve (atual)
<input type="checkbox"/>		F33.1 Moderado (atual)
<input type="checkbox"/>		F33.2 Grave (atual)
<input type="checkbox"/>		F33.3 Com Características Psicóticas (atual)
	<input type="checkbox"/>	F33.41 Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F33.42 Em Remissão Completa
Transtorno Depressivo Persistente (nos últimos 2 anos) (p.189/A90)		
<input type="checkbox"/>		F34.1
Ao longo da vida		
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (p.171/A12, p.175/A26, p.207/D16)
	<input type="checkbox"/>	F06.34 Com Características Mistas
	<input type="checkbox"/>	F06.31 Com Características Depressivas
	<input type="checkbox"/>	F06.32 Com Episódio do Tipo Depressivo Maior
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento (p.171/A12, p.175/A26, p.207/D16)
		F___ ⁴ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____

² Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Bipolar Induzido por Substância/Medicamento.³ O código diagnóstico é F34.0, em vez de F31.89, se a apresentação satisfizer os critérios para Transtorno Ciclotímico.⁴ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento.

	História		
Atual	anterior	Outro Transtorno Depressivo Especificado/Transtorno Depressivo Não Especificado (p.211/025)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F32.8	Outro Especificado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F32.9	Não Especificado

Transtornos por Uso de Substâncias (nos últimos 12 meses)**Últimos 12**

meses	Transtorno
	Transtorno por Uso de Alcool (p.214/E13)
<input type="checkbox"/>	F10.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F10.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F10.20 Grave
	Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F13.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F13.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F13.20 Grave
	Transtorno por Uso de Cannabis (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F12.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F12.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F12.20 Grave
	Transtornos por Uso de Estimulantes
	Transtorno por Uso de Substância Tipo Anfetamina (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F15.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F15.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F15.20 Grave
	Transtorno por Uso de Cocaína (p.220/E36)
<input type="checkbox"/>	F14.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F14.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F14.20 Grave
	Transtorno por Uso de Outro Estimulante ou Estimulante Não Especificado (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F15.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F15.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F15.20 Grave
	Transtorno por Uso de Opioides (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F11.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F11.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F11.20 Grave
	Transtorno por Uso de Fencididina e Substâncias Relacionadas (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F16.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F16.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F16.20 Grave
	Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F16.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F16.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F16.20 Grave
	Transtorno por Uso de Inalantes (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F18.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F18.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F18.20 Grave
	Transtorno por Uso de Outra Substância (ou Substância Desconhecida) (p.220/E36) Substância específica: _____
<input type="checkbox"/>	F19.10 Leve
<input type="checkbox"/>	F19.20 Moderado
<input type="checkbox"/>	F19.20 Grave

Outros transtornos

Atual	História anterior	Transtorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Pânico (p.225/F22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F41.0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agorafobia (nos últimos seis meses) (p.227/F31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F40.00
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Social (nos últimos seis meses) (p.229/F41)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F40.10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Generalizada (nos últimos seis meses) (p.231/F54)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F41.1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Obsessivo-compulsivo (último mês) (p.234/G8)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Estresse Pós-traumático (p.244/G41)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (nos últimos seis meses) (p.249/H26)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F90.2 Apresentação Combinada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F90.0 Apresentação Predominantemente Desatenta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F90.1 Apresentação Predominantemente Hiperativa/Impulsiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtornos de Adaptação (nos últimos seis meses) (p.254/I5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.21 Com Humor Deprimido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.22 Com Ansiedade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.23 Com Misto de Ansiedade e Depressão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.24 Com Perturbação da Conduta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.25 Com Perturbação Mista das Emoções e da Conduta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F43.20 Não Especificado
Ao longo da vida		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica (p.224/F20, p.229/F39, p.231/F53)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F06.4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento (p.224/F20, p.229/F39, p.231/F53)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F___ ⁵ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (p.233/G7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F06.8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (p.233/G7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F___ ⁶ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
Atual	História anterior	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F___ Outro transtorno do DSM-5:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F___ Outro transtorno do DSM-5:

⁵ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento.⁶ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento.

Transtornos Avaliados (apenas atual)

Atual	Transtorno
<input type="checkbox"/>	Transtorno Disfórico Pré-menstrual (p.250/11) N94.3
<input type="checkbox"/>	Fobia Específica (p.250/12) F40.218 Animais
<input type="checkbox"/>	F40.228 Ambiente natural
<input type="checkbox"/>	F40.230 Medo de sangue
<input type="checkbox"/>	F40.231 Medo de injeções e transfusões
<input type="checkbox"/>	F40.232 Medo de outros procedimentos médicos
<input type="checkbox"/>	F40.233 Medo de ferimentos
<input type="checkbox"/>	F40.248 Situacional
<input type="checkbox"/>	F40.298 Outro
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade de Separação (p.250/13) F93.0
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Acumulação (p.250/14) F42
<input type="checkbox"/>	Transtorno Dismórfico Corporal (p.250/15) F45.22
<input type="checkbox"/>	Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) (p.250/16) F63.3
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Escoriação (Skin-picking) (p.251/17) L98.1
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Insônia (p.251/18) F51.01
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Hipersonolência (p.251/19) F51.11
<input type="checkbox"/>	Anorexia Nervosa (p.251/110) F50.01 Tipo Restritivo
<input type="checkbox"/>	F50.02 Tipo Compulsão Alimentar Purgativa
<input type="checkbox"/>	Bulimia Nervosa (p.251/111) F50.2
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Compulsão Alimentar (p.251/111) F50.8
<input type="checkbox"/>	Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (p.251/112) F50.8
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Sintomas Somáticos (p.251/113) F45.1
<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade de Doença (p.252/114) F45.21
<input type="checkbox"/>	Transtorno Explosivo Intermitente (p.252/115) F63.81
<input type="checkbox"/>	Transtorno do Jogo (p.252/116) F63.0

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.159	F10.259	F10.959
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.159	F13.259	F13.959
<i>Cannabis</i>	F12.159	F12.259	F12.959
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	F14.159	F14.259	F14.959
Fenciclidina	F16.159	F16.259	F16.959
Outro alucinógeno	F16.159	F16.259	F16.959
Inalante	F18.159	F18.259	F18.959
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.159	F19.259	F19.959

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.14	F10.24	F10.94
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.14	F19.24	F19.94

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.14	F10.24	F10.94
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Opióide	F11.14	F11.24	F11.94
Fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Inalante	F18.14	F18.24	F18.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.14	F19.24	F19.94

Códigos de Diagnóstico para Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.180	F10.280	F10.980
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.180	F13.280	F13.980
<i>Cannabis</i>	F12.180	F12.280	F12.980
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	F14.180	F14.280	F14.980
Cafeína	—	—	F15.980
Opióide	F11.188	F11.288	F11.988
Fenciclidina	F16.180	F16.280	F16.980
Outro alucinógeno	F16.180	F16.280	F16.980
Inalante	F18.180	F18.280	F18.980
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.180	F19.280	F19.980

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Substância/Medicamento	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Classe de substância			
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	F14.188	F14.288	F14.988
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.188	F19.288	F19.988

VISÃO GERAL

Eu vou lhe fazer perguntas sobre problemas ou dificuldades que você possa ter tido e vou fazer algumas anotações à medida que prosseguirmos. Antes de começarmos, você tem alguma pergunta?

Qual é a sua idade?

Com quem você vive? (Em que tipo de lugar você vive?)

Que tipo de trabalho você faz?

Você sempre fez esse tipo de trabalho?

Você está empregado no momento (sendo remunerado)?

→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Você trabalha em regime parcial ou integral?

SE FOR EM REGIME PARCIAL: Quantas horas você costuma trabalhar por semana? (Por que você trabalha em regime parcial em vez de integral?)

→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Por que motivo? Quando foi a última vez que você trabalhou? Como você se sustenta no momento?

SE ESTIVER INCAPACITADO: Você está recebendo auxílio-doença? Por que você está incapacitado?

SE FOR DESCONHECIDO: Já houve algum período de tempo em que você ficou incapaz de trabalhar ou estudar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Por que motivo?

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O que fez com que você viesse aqui (desta vez)? (Qual é o principal problema que você está enfrentando?)

O que estava acontecendo em sua vida quando isso começou?

Quando foi a última vez que você se sentiu bem (consigo mesmo)?

HISTÓRIA DE TRATAMENTO

NOTA: O objetivo desta seção da Visão Geral é determinar o "panorama" da psicopatologia ao longo da vida da pessoa. Evite entrar em maiores detalhes. Para episódios anteriores importantes, determine os sintomas, os medicamentos, outros tratamentos ("Que tratamento você recebeu para isso?") e o período aproximado do surgimento e do desfecho ("Quando isso começou? Quando você começou a se sentir melhor?").

Quando foi a primeira vez que você procurou alguém por causa de problemas emocionais e psiquiátricos? (Por que motivo? Que tratamento[s] você recebeu? Quais medicamentos?)

Você já foi internado em um hospital psiquiátrico?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Por que motivo? (Quantas vezes?)

SE UMA RESPOSTA INADEQUADA FOR DADA, QUESTIONE O PACIENTE DE FORMA GENTIL – p.ex., Não houve mais alguma coisa? As pessoas não costumam ir para hospitais psiquiátricos apenas por estarem (cansadas/nervosas/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE).

Você já recebeu tratamento para uso de drogas ou álcool?

Idade (ou data)	Descrição (sintomas, eventos desencadeadores)	Tratamento e desfecho
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Continue a história de tratamento na página 168 se for necessário.

PROBLEMAS MÉDICOS

Como anda a sua saúde física? (Você teve algum problema médico?)

Você já esteve internado em um hospital para tratar de um problema médico? (Por que motivo?)

Você toma medicamentos, vitaminas ou outros suplementos alimentares (além daqueles sobre os quais você já me contou?)

SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você está tomando e qual é a dose?

IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA

VERIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS: Você já desejou estar morto ou desejou ir dormir e não acordar mais? (Conte-me sobre isso.)

SE A RESPOSTA FOR NÃO: PULE PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO, ABAIXO.

SE A RESPOSTA FOR SIM: Você teve algum desses pensamentos na última semana (incluindo hoje)?

SE A RESPOSTA FOR NÃO: PULE PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO, ABAIXO.

SE A RESPOSTA FOR SIM: VERIFICAÇÃO DA INTENÇÃO: Você sentiu uma forte necessidade de se matar em algum momento da semana passada? (Conte-me sobre isso.) Na semana passada, você teve alguma intenção de tentar o suicídio? (Conte-me sobre isso.)

VERIFICAÇÃO DE PLANO E MÉTODO: Na semana passada, você pensou em como poderia fazê-lo? (Conte-me o que você estava pensando em fazer.) Você pensou sobre o que precisaria fazer para realizar isso? (Conte-me sobre isso. Você tem os meios para fazer isso?)

TENTATIVA DE SUICÍDIO

VERIFICAÇÃO DA TENTATIVA: Você já tentou se matar?

SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já fez alguma coisa para se ferir?

SE A RESPOSTA FOR NÃO, VÁ PARA OUTROS PROBLEMAS ATUAIS, ABAIXO.

SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você fez? (Conte-me o que aconteceu.) Você estava tentando acabar com a sua vida?

SE HOUVER MAIS DE UMA TENTATIVA: Qual tentativa teve as consequências médicas mais graves (entrada no setor de emergência, necessidade de hospitalização, internação no CTI)?

Você fez alguma tentativa de suicídio na última semana (incluindo hoje)?

OUTROS PROBLEMAS ATUAIS

Você já teve algum outro problema no último mês? (Como estão as coisas no trabalho, em casa e com as outras pessoas?)

Como tem estado o seu humor?

No último mês, quanto você bebeu?

Quando você bebe, com quem costuma estar? (Você costuma estar sozinho ou com outras pessoas?)

No último mês, você usou drogas ilegais ou recreativas? E quanto a tomar mais medicamentos do que foi prescrito ou ficar sem medicamentos antes do tempo?

[illegible]

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL		CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	
Agora irei fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.		A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.	
A1	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), houve algum período de tempo em que você se sentiu deprimido ou abatido na maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u>? (Alguém disse que você parece triste, abatido ou deprimido?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: <u>E quanto a se sentir triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Como foi isso? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.ex., parece choroso).	— + A1
A2	<p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "+": Durante esse período, você sentiu menos interesse ou prazer com coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "-": E houve algum período desde (UM MÊS ATRÁS) em que você perdeu o interesse ou o prazer por coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Isso aconteceu quase todos os dias</u>? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).	— + A2
SE TANTO A1 QUANTO A2 FOREM CLASSIFICADOS COMO "-" PARA O MÊS ATUAL, continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.			
PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NO PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS DO MÊS ANTERIOR:			
Durante (PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...			
A3	<p>...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? <u>Isso aconteceu quase todos os dias</u>? Você perdeu ou ganhou peso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto? (Você estava tentando [perder/ganhar] peso?)</p>	3. Perda ou ganho de peso significativo sem estar fazendo dieta (p.ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.	— + A3

170 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL

A4	...como você tem dormido? (Problema para adormecer, acordando frequentemente, problema para permanecer dormindo, acordando cedo demais OU dormindo em excesso?) Quantas horas (incluindo cochilos) você tem dormido? Quantas horas você costumava dormir antes de ficar (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? <u>Isso aconteceu quase todas as noites?</u>	4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.	-	+	A4
A5	...você tem se sentido tão inquieto ou agitado que não consegue ficar sentado? E quanto ao oposto: você tem falado mais lentamente, ou se movido mais lentamente do que o normal, como se estivesse atravessando um lamaçal? (Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u>)	5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável pelos outros, não sendo meramente sentimentos subjetivos de inquietude ou de se sentir lento). NOTA: CONSIDERE O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.	-	+	A5
A6	...como tem estado o seu nível de energia? (Sente-se cansado o tempo todo? <u>Quase todos os dias?</u>)	6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.	-	+	A6
A7	...você tem tido sentimentos de inutilidade? E tem se sentido culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer? SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso é apenas porque você não consegue tomar conta das coisas, já que tem estado doente?) SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quase todos os dias?</u>	7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).	-	+	A7
A8	...tem tido problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas? (Isso tem interferido em que tipos de coisas? <u>Quase todos os dias?</u>)	8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (tanto por relato subjetivo como por observação feita por outras pessoas).	-	+	A8
A9	...as coisas têm estado tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Você pensou em tirar a sua própria vida? SE A RESPOSTA FOR SIM: Você fez alguma coisa a respeito? (O que você fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Você chegou a tentar o suicídio?)	9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideiação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.	-	+	A9
A10		AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (A1-A9) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".	NÃO	SIM	A10

Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.

Continue com A11, a seguir.

<p>A11</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você tem evitado fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p> <p>— +</p> <p>Continue com A12, a seguir.</p> <p>Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.</p>
<p>A12</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando os [EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO] começaram?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes deste período de depressão ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes disso começar?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>C. [Episódio Depressivo Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância [p.ex., drogas de abuso, medicamentos] ou outra condição médica.</p> <p>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</p> <p>CMGs etiológicas incluem AVC, doença de Huntington, doença de Parkinson, lesão cerebral traumática, doença de Cushing, hipotireoidismo, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico.</p> <p>Substâncias/medicamentos etiológicos incluem álcool (I/A); fenciclidina (I); alucinógenos (I); inalantes (I); opióides (I/A); sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (I/A); anfetamina e outros estimulantes (I/A); cocaína (I/A); agentes antivirais (efavirenz); agentes cardiovasculares (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), derivados do ácido retinoico (isotretinoína), antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes antieméticos (triptanos), antipsicóticos, agentes hormonais (corticosteróides, contraceptivos orais, agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina, tamoxifeno), agentes de cessação do fumo (vareniclina) e agentes imunológicos (interferon).</p> <p>NÃO SIM</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância</p> <p>Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.</p> <p>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL Continue com A13, a seguir.</p>

172 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR

A13	SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de (depressão/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?	Início da depressão (mês/ano)	— / —	A13
A14	Em quantos períodos separados na sua vida você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) quase todos os dias por pelo menos 2 semanas e teve diversos dos sintomas que descreveu, como (SINTOMAS DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL)?	Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CÓDIGO 99, SE FOREM NUMEROSOS OU INDISTINTOS DEMAIS PARA SEREM CONTADOS).	— — ↓ Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.	A14

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR		CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	
<p>NOTA: SE HOUVER, ATUALMENTE, HUMOR DEPRIMIDO OU PERDA DE INTERESSE, MAS A TOTALIDADE DOS CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR NÃO FOR PREENCHIDA, SUBSTITUA A FRASE "Já houve outro período..." EM CADA UMA DAS DUAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO ABAIXO (I.E., A15 E A16).</p>		<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p>	
A15	<p>Você <u>já</u> teve um período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido pela maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u>? (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: <u>E quanto a se sentir triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Quanto tempo isso durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	<p>1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.ex., parece choroso).</p>	— +
A16	<p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "+": Durante esse período, você perdeu o interesse ou o prazer com coisas que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO "-": Você <u>já</u> teve um período de tempo em que perdeu o interesse ou o prazer com coisas que normalmente gostava? (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Quando isso aconteceu? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Quanto tempo isso durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	<p>2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).</p>	— +
SE TANTO A15 QUANTO A16 FOREM CLASSIFICADOS COMO "-", continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.			
<p>Você teve mais de um período como esse? (Que período foi o pior?)</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Você teve períodos como esse (DE UM ANO PARA CÁ)?</p>		<p>NOTA: Se houver a possibilidade de mais de um episódio anterior, selecione o "pior" para sua investigação sobre o Episódio Depressivo Maior. Contudo, se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio, mesmo que ele não tenha sido o pior.</p>	

PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NAS PIORES DUAS SEMANAS DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.			
SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR), quando você ficou mais (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?			
Durante o (PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...			
A17	...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando perder ou ganhar peso?)	3. Perda ou ganho de peso significativo sem estar fazendo dieta (p.ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.	A17
A18	...como estava a qualidade do seu sono? (Problema para adormecer, acordando frequentemente, problema para permanecer dormindo, acordando cedo demais OU dormindo em excesso?) Quantas horas (incluindo cochilos) você dormia? Quantas horas você costumava dormir antes de ficar (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? <u>Isso aconteceu quase todas as noites?</u>	4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.	A18
A19	...você estava se sentindo tão inquieto ou agitado que não conseguia ficar sentado? E quanto ao oposto: você falava mais lentamente, ou se mexia mais lentamente do que o normal, como se estivesse atravessando um lamaçal? (Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u>)	5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento). NOTA: CONSIDERE O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.	A19
A20	...como era o seu nível de energia? (Sentia-se cansado o tempo todo? <u>Quase todos os dias?</u>)	6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.	A20
A21	...teve sentimentos de inutilidade? Sentia-se culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer? SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso foi apenas porque você não conseguiu tomar conta das coisas, já que ficou doente?) SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quase todos os dias?</u>	7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).	A21
A22	...teve problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas? (Isso tem interferido em que tipos de coisas? <u>Quase todos os dias?</u>)	8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).	A22

174 EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR

A23	<p>...As coisas estavam tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Você pensou em tirar a sua própria vida?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você fez alguma coisa a respeito? (O que você fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Você chegou a tentar o suicídio?)</p>	<p>9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideiação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>	<p>— +</p>	A21
A24	<p>AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (A15-A23) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".</p>		<p>NÃO SIM</p>	A24

Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A15, página 172, e avalie os sintomas para esse episódio.

SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.

Continue com A25 (Critério E).

A25	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTES PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tornaram mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que eram importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você evitou fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NÃO INTERFERIRAM NA VIDA: O quanto você se sentiu incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p>	<p>— +</p>	A25
-----	---	---	------------	-----

Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e isso causou ainda mais problemas do que a vez sobre a qual acabei de perguntar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A15, página 172, e avalie os sintomas para esse episódio.

SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.

Continue com A25 (Critério C), a seguir.

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR 175

A25	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando os (EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO) começaram?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>C. [Episódio Depressivo Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos) ou outra condição médica.</p> <p>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</p> <p>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A12, página 171.</p>	<p>NÃO SIM A26</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância</p> <p>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR</p>
<p>SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) dessa forma, mas não estava (doente com CMG/usando SUBSTÂNCIA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A15, página 172, e avalie os sintomas para esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.</p>		<p>Continue com A27, a seguir.</p>	
A27	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de (depressão/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p>	<p>Início da depressão (mês/ano)</p>	<p>—/— A27</p>
A28	<p>Em quantos períodos separados na sua vida você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) quase todos os dias por pelo menos duas semanas e teve diversos dos sintomas que descreveu, como (SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO)?</p>	<p>Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CÓDIGO 99, SE FOREM NUMEROSOS OU INDISTINTOS DEMAIS PARA SEREM CONTADOS).</p>	<p>— A28</p> <p>Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), a seguir.</p>

176 EPISÓDIO MANÍACO ATUAL

	EPISÓDIO MANÍACO ATUAL	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO	
A29	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), houve algum período de tempo em que você esteve se sentindo tão bem, "elevado", empolgado ou "no topo do mundo", que outras pessoas acharam que você não estava normal?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi isso? (Mais do que apenas se sentindo bem?)</p> <p>Você também andou se sentindo "hiperanimado" ou "ligado" e com uma quantidade incomum de energia? Você tem estado muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você tem feito?)</p>		
	<p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Desde (UM MÊS ATRÁS), você teve um período em que estava se sentindo irritável ou raivoso pela maior parte do dia, por pelo menos alguns dias? (Isso foi diferente do jeito que você costuma ser?)</p> <p>Como foi isso?</p> <p>Você também andou se sentindo "hiperanimado" ou "ligado" e com uma quantidade incomum de energia? Você tem estado muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você estava fazendo?)</p>	A. Um período distinto [com duração de, pelo menos, alguns dias] de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia persistentemente aumentada.	<p>↓ +</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p> <p>A29</p>
A30	<p>Quanto tempo isso durou? (Cerca de uma semana?)</p> <p>SE FOI MENOS DO QUE UMA SEMANA: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>Você tem se sentido (elevado/irritável)/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE na maior parte do dia, quase todos os dias, durante esse período?</p>	<p>...com duração de, pelo menos, uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias [ou qualquer duração se a hospitalização for necessária].</p> <p>NOTA: SE O HUMOR ELEVADO DURAR MENOS DE UMA SEMANA, VERIFIQUE SE HOUVE UM PERÍODO DE HUMOR IRRITÁVEL COM DURAÇÃO DE PELO MENOS UMA SEMANA ANTES DE PULAR PARA A41.</p>	<p>↓ +</p> <p>Continue com A41 (Episódio Hipomaniaco Atual), página 179.</p> <p>A30</p>
	<p>PARA A31-A37, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Durante o (EPISÓDIO), quando você ficou mais (elevado/irritável)/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE?</p> <p>Durante esse período...</p>	B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:	
A31	<p>...como você se sentia em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentia muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentia como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)</p>	1. Autoestima inflada ou grandiosidade.	<p>— +</p> <p>A31</p>

A32	...você precisava de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormia?) SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentia descansado?	2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).	-	+	A32
A33	...você ficou muito mais falante que o habitual? (As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo ou compreendê-lo? As pessoas tiveram dificuldades de emitir uma única palavra?)	3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.	-	+	A33
A34	...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)	4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.	-	+	A34
A35	...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso.)	5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.	-	+	A35
A36	...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente ocupado durante esse período?) (Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se via mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?) (Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?) (Você passava mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?) Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sentindo-se incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)	6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito, não dirigida a objetivos).	-	+	A36
A37	...você andou fazendo algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família? (Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou coisas valiosas? Apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?) (Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas para você? Direção imprudente?) (Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)	7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p.ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).	-	+	A37

178 EPISÓDIO MANÍACO ATUAL

A38		AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ANTERIOR (A31–A37) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).	NÃO Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.	A38
A39	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS MANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você já teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou para evitar fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS MANÍACOS) têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (É quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS MANÍACOS) têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Os (SINTOMAS MANÍACOS) têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?</p>	<p>C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.</p>	NÃO Continue com A50 (Episódio Hipomaníaco Atual, Critério C), página 180.	A39
A40	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso começar?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>D. [Episódio Maníaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.</p> <p>Nota: Um Episódio Maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um Episódio Maníaco e, portanto, para um diagnóstico de [Transtorno] Bipolar Tipo I.</p> <p>NOTA: Use o código “NÃO” apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</p> <p>CMGs etiológicas incluem doença de Alzheimer, demência vascular, demência induzida por HIV, doença de Huntington, doença com corpos de Lewy, síndrome de Wernicke-Korsakoff, doença de Cushing, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob, acidente vascular cerebral, lesões cerebrais traumáticas e hipertireoidismo.</p> <p>Substâncias/medicamentos etiológicos incluem álcool (I/A); fenciclidina (I); alucinógenos (I); sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (I/A); anfetaminas (I/A); cocaína (I/A); corticosteroides; andrógenos; isoniazida; levodopa; interferon-alfa; vericiclina; procarbazona; claritromicina; e ciprofloxacina.</p>	NÃO Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.	A40
		SIM PRIMÁRIO Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181. EPISÓDIO MANÍACO ATUAL Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.		

EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL		CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO		
A41	O período em que você estava se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) durou mais do que quatro dias? Isso durou a maior parte do dia, quase todos os dias? Você teve mais de um período como esse (UM MÊS ATRÁS)? (Qual foi o mais extremo?)	A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.	+	A41
PARA A42-A48, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO. SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Durante o (EPISÓDIO), quando você ficou mais (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?		B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:		
A42	...como você estava se sentindo em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentiu muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentiu como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)	1. Autoestima inflada ou grandiosidade.	- +	A42
A43	...você precisou de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormiu?) SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentiu descansado mesmo assim?	2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).	- +	A43
A44	...você ficou muito mais falante que o habitual? As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo, compreendê-lo ou emitir uma única palavra?)	3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.	- +	A44
A45	...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)	4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.	- +	A45
A46	...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso).	5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.	- +	A46
A47	...como você passou o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente produtivo ou ocupado durante esse período?) (Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se viu mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?) (Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?) (Você passou mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?) Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sendo incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)	6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.	- +	A47

Continue com A54
(Episódio Maníaco Anterior), página 181.

180 EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL

A48	<p>...você andou fazendo algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou coisas valiosas? Apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas para você? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	<p>7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p.ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).</p>	<p>- +</p>	A48
A49	<p>AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A42-A48) SÃO CLASSIFICADOS COMO "++" (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>		A49
A50	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Isso foi muito diferente da maneira como você costuma ser quando não está se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? (Em que sentido você estava diferente? No trabalho? Na escola? Com os amigos?)</p>	<p>C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento, que não é característico do indivíduo quando assintomático.</p>	<p>- +</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A50
A51	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Outras pessoas notaram a mudança em você? (O que elas disseram?)</p>	<p>D. A alteração no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.</p>	<p>- +</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A51
A52	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado a qualidade de seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você já teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p>	<p>E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização (e não há características psicóticas).</p> <p>Se for grave o suficiente para necessitar de hospitalização ou grave o suficiente para causar prejuízo acentuado, volte para A31 (Critério B para Episódio Maníaco Atual), transcreva as classificações de A42-A48 para A31-A37, e continue com A39 (classificações para o Critério C em Episódio Maníaco Atual).</p>	<p>- +</p> <p>Continue com A53, CRITÉRIO F, a seguir.</p>	A52

A53 SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?

Você estava fisicamente doente logo antes de isso começar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?

Você estava tomando medicamentos logo antes de isso começar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?

Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso começar?

Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.

F. [Episódio Hipomaniaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.

Nota: Um Episódio Hipomaniaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p.ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de Episódio Hipomaniaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de Episódio Hipomaniaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.

Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A40, página 178.

NÃO SIM

PRIMÁRIO

A53

Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância

Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), a seguir

EPISÓDIO HIPOMANIACO ATUAL

Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), a seguir.

EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO
<p>NOTA: SE HOUVER, ATUALMENTE, HUMOR ELEVADO OU IRRITÁVEL, MAS A TOTALIDADE DOS CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO NÃO FOR SATISFEITA, SUBSTITUA A FRASE "Já houve outro período..." NAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO A SEGUIR.</p> <p>A54 Você já teve algum período de tempo em que você esteve se sentindo tão bem, "elevado", empolgado ou "no topo do mundo", que outras pessoas acharam que você não estava normal?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi isso? (Foi mais do que apenas se sentir bem?)</p> <p>Você também se sentiu "hiperanimado" ou "ligado" e com uma quantidade incomum de energia? Você estava muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você estava fazendo?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já teve algum período de tempo em que estava se sentindo irritável ou raivoso pela maior parte do dia, por pelo menos alguns dias? (Isso foi diferente do jeito que você costuma ser?)</p> <p>Como foi isso?</p> <p>Você também se sentiu "hiperanimado" ou "ligado" e com uma quantidade incomum de energia? Você estava muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você estava fazendo?)</p>	<p>A. Um período distinto [com duração de, pelo menos, alguns dias] de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia persistentemente aumentada.</p>

Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.

A54

182 EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR

A55	<p>Quanto tempo isso durou? (Cerca de uma semana?)</p> <p>SE FOI MENOS DO QUE UMA SEMANA: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou para evitar fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>Você se sentiu (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) na maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u>, durante esse período?</p>	<p>...com duração de, pelo menos, uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária).</p> <p>NOTA: SE O HUMOR ELEVADO DUROU MENOS DE UMA SEMANA, VERIFIQUE SE HOUVE UM PERÍODO DE HUMOR IRRITÁVEL COM DURAÇÃO DE PELO MENOS UMA SEMANA ANTES DE IR PARA A66.</p>	<p>- +</p> <p>Continue com A66 (Episódio Hipomaniaco Anterior), página 185.</p>	A55
<p>Você teve mais de um período como esse? (Que período foi o mais intenso ou causou o maior número de problemas?)</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Você já teve períodos como esse de (UM ANO PARA CÁ)?</p>		<p>NOTA: Se houver evidência de mais de um episódio anterior, selecione aquele com mais prejuízos para a sua investigação sobre Episódio Maníaco Anterior. Se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio. Se possível, evite episódios que provavelmente sejam induzidos por substância.</p>		
<p>PARA A56-A62, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Durante o (EPISÓDIO), quando você ficou mais (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?</p>		<p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:</p>		
A56	<p>Durante esse período...</p> <p>...como você se sentiu em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentiu muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentiu como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)</p>	<p>1. Autoestima inflada ou grandiosidade.</p>	<p>- +</p>	A56
A57	<p>...você precisou de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormiu?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentiu descansado?</p>	<p>2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).</p>	<p>- +</p>	A57
A58	<p>...você ficou muito mais falante que o habitual? (As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo ou compreendê-lo? As pessoas tiveram dificuldades de emitir uma única palavra?)</p>	<p>3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.</p>	<p>- +</p>	A58
A59	<p>...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)</p>	<p>4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.</p>	<p>- +</p>	A59
A60	<p>...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso.)</p>	<p>5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.</p>	<p>- +</p>	A60

A61	<p>...como você passou o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente ocupado durante esse período?)</p> <p>(Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se viu mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?)</p> <p>(Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?)</p> <p>(Você passou mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?)</p> <p>Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sendo incapaz de ficar sentado?</p> <p>(Com que gravidade?)</p>	<p>6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i. e., atividade sem propósito, não dirigida a objetivos).</p>	— +	A61
A62	<p>...você fez algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou coisas valiosas? Apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	<p>7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).</p>	— +	A62
A63		<p>AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A56–A62) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p>	A63
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/ TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A54, página 181, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				<p>Continue com A64 (Critério C), a seguir.</p>

184 EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR

A64	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS MANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS MANÍACOS) causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS MANÍACOS) tornaram mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa?</p>	<p>C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.</p>	<p>— +</p>	A64
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve (SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS) que o levaram a ter problemas com pessoas ou a ser hospitalizado?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A54, página 181, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Vá para A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				
A65	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>D. [Episódio Maníaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.</p> <p>Nota: Um Episódio Maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p.ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um Episódio Maníaco e, portanto, para um diagnóstico de [Transtorno] Bipolar Tipo I.</p> <p>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</p> <p>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A40, página 178.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância</p> <p>EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>	A65
<p>Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve (SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS) e você não estava (doente com CMG/usando SUBSTÂNCIA)?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A54, página 181, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				

EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR		CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
A66	O período em que você estava se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) durou mais do que quatro dias? <u>Isso durou a maior parte do dia, quase todos os dias?</u>	A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</div> <div style="margin: 0 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">+</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</div>
Você teve mais de um período como esse? (Qual período foi o mais extremo?) SE NÃO ESTIVER CLARO: Você já teve períodos como esse de (UM ANO PARA CÁ)?		NOTA: Se houver evidência de mais de um episódio anterior, selecione o "pior" (mais intenso) para a sua investigação sobre Episódio Hipomaniaco Anterior. Se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio. Se possível, evite episódios que provavelmente sejam induzidos por substância.	
		B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:	
A67	Durante esse período... ...como você se sentiu em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentiu muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentiu como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)	1. Autoestima inflada ou grandiosidade.	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> </div>
A68	...você precisou de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormiu?) SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentiu descansado mesmo assim?	2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> </div>
A69	...você ficou muito mais falante que o habitual? (As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo ou compreendê-lo? As pessoas tiveram dificuldades de emitir uma única palavra?)	3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> </div>
A70	...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)	4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> </div>
A71	...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso).	5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">-</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> </div>

186 EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR

A72	<p>...como você passou o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente produtivo ou ocupado durante esse período?)</p> <p>(Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se viu mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?)</p> <p>(Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?)</p> <p>(Você passou mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?)</p> <p>Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sendo incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)</p>	<p>6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja sociais, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.</p>	<p>— +</p>	A72
A73	<p>...você fez algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	<p>7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).</p>	<p>— +</p>	A73
<p>AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A67–A73) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).</p>		<p>NÃO SIM</p>		
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>			<p>Continue com A74, (Critério C), abaixo.</p>	
A74	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Isso foi muito diferente da maneira como você costuma ser quando não está se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? (Em que sentido você estava diferente? No trabalho? Com amigos?)</p>	<p>C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento, que não é característico do indivíduo quando assintomático.</p>	<p>— +</p>	A74
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE), na qual estava muito diferente da maneira como você costuma ser?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>			<p>Continue com A75 (Critério D), próxima página.</p>	

EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR 187

<p>A75 SE FOR DESCONHECIDO: Outras pessoas notaram a mudança em você? (O que elas disseram?)</p> <p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e outras pessoas perceberam a mudança na maneira que você estava agindo?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>	<p>D. A alteração no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.</p>	<p>A75</p> <p>Continue com A76, (Critério E), a seguir.</p>
<p>A76 SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p>	<p>E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização (e não há características psicóticas).</p> <p>Se for grave o suficiente para necessitar de hospitalização ou grave o suficiente para causar prejuízo acentuado, volte para A56 (Critério B para Episódio Maníaco Anterior), transcreva as classificações de A67-A73 para A56-A62, e continue com A64 (classificações para o Critério C em Episódio Maníaco Anterior).</p>	<p>A76</p> <p>Continue com A77, (Critério F), a seguir.</p>
<p>A77 SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>F. [Episódio Hipomaniaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.</p> <p>Nota: Um Episódio Hipomaniaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p.ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de Episódio Hipomaniaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de Episódio Hipomaniaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.</p> <p>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</p> <p>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A40, página 178.</p>	<p>A77</p> <p>NÃO SIM</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância</p> <p>EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve (SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS) e você não estava (doente com CMG/usando SUBSTÂNCIA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: TERMOS COM A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>		

188 TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE

TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE		CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE	
SE: JÁ HOUVE UM EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO (não decorrente de uma CMG ou substância/medicamento), PULE A AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE E CONTINUE COM B1 (SINTOMAS PSICÓTICOS), página 190.			
A78	Nos últimos dois anos, de (DOIS ANOS PARA CÁ), você foi perturbado por humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias? (Mais da metade do tempo?) SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi isso?	A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.	<div style="text-align: right;">A78</div> <div style="text-align: center;">- +</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>
	Durante esses períodos de (TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA), você frequentemente...	B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:	
A79	...perdia seu apetite? (E quanto a se alimentar em excesso?)	1. Apetite diminuído ou alimentação em excesso.	<div style="text-align: right;">A79</div> <div style="text-align: center;">- +</div>
A80	...tinha dificuldade para dormir ou dormia em excesso?	2. Insônia ou hipersonia.	<div style="text-align: right;">A80</div> <div style="text-align: center;">- +</div>
A81	...tinha pouca energia para fazer as coisas ou se sentia muito cansado?	3. Baixa energia ou fadiga.	<div style="text-align: right;">A81</div> <div style="text-align: center;">- +</div>
A82	...sentia-se mal consigo mesmo? (Sentia-se sem valor ou um fracasso?)	4. Baixa autoestima.	<div style="text-align: right;">A82</div> <div style="text-align: center;">- +</div>
A83	...tinha dificuldade para se concentrar ou tomar decisões?	5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões.	<div style="text-align: right;">A83</div> <div style="text-align: center;">- +</div>
A84	...sentia-se sem esperança?	6. Sentimentos de desesperança.	<div style="text-align: right;">A84</div> <div style="text-align: center;">- +</div>
A85		AO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A79-A84) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".	<div style="text-align: right;">A85</div> <div style="text-align: center;">NÃO SIM</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>
A86	Desde (DOIS ANOS ATRÁS), qual foi o período de tempo mais longo, até agora, durante esse período de depressão duradoura, que você se sentiu bem?	C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses. NOTA: O CRITÉRIO D FOI INTENCIONALMENTE OMITIDO.	<div style="text-align: right;">A86</div> <div style="text-align: center;">- +</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>
A87		E. Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Hipomaníaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Cíclico.	<div style="text-align: right;">A87</div> <div style="text-align: center;">- +</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>

TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE 189

<p>A88 SE AINDA NÃO ESTIVER CLARO: RETORNE A ESTE ITEM APÓS COMPLETAR A SEÇÃO DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS.</p>	<p>F. A perturbação não é mais bem explicada por um Transtorno Esquizoafetivo Persistente, Esquizofrenia, Transtorno Delirante, Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado ou Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado.</p> <p>NOTA: CÓDIGO "*" SE NÃO HOUVER TRANSTORNO PSICÓTICO PERSISTENTE OU SE NÃO FOR MAIS BEM EXPLICADO POR UM TRANSTORNO PSICÓTICO PERSISTENTE.</p>	<p>A88</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>
<p>A89 SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quando foi que isso começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>G. [Transtorno Depressivo Primário] Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p.ex., hipotireoidismo).</p> <p>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A12, página 171.</p>	<p>A89</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p> <p>Continue com A90, a seguir.</p>
<p>A90 SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/ seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você evitou fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE ELES NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p>	<p>A90</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Persistente (atual). Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>

B. SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS

PARA QUAISQUER SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS QUE ESTEJAM PRESENTES, DETERMINE SE O SINTOMA É DEFINITIVAMENTE "PRIMÁRIO" (I.E., DEVE-SE A UM TRANSTORNO PSICÓTICO) OU SE HÁ UMA CMG ETIOLÓGICA, POSSÍVEL OU DEFINIDA, OU SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO ETIOLÓGICO. (CONSULTE C6, PÁGINA 197, PARA UMA LISTA DE CMGs ETIOLÓGICAS OU SUBSTÂNCIAS/MEDICAMENTOS ETIOLÓGICOS.) ESTA INFORMAÇÃO SERÁ ÚTIL NA DIFERENCIAÇÃO ENTRE UM TRANSTORNO PSICÓTICO PRIMÁRIO E UM TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A OCM OU TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO NO MÓDULO C.

AS PERGUNTAS A SEGUIR PODEM SER ÚTEIS PARA ESSA DETERMINAÇÃO CASO A VISÃO GERAL JÁ NÃO TENHA FORNECIDO A INFORMAÇÃO:

Logo antes de os (SINTOMAS PSICÓTICOS) começarem, você estava usando drogas? SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você estava usando?

...estava tomando medicamentos? SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você estava tomando?

...você bebeu muito mais do que o habitual ou parou de beber depois ter bebido muito por algum tempo?

...você estava fisicamente doente?

SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Houve uma época em que você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS) e não estava (usando [DROGAS]/tomando [MEDICAMENTOS]/mudando seus hábitos de consumo de bebidas/fisicamente doente)?

Agora, eu vou lhe fazer perguntas sobre experiências incomuns que as pessoas às vezes têm.

DELÍRIOS

Uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa que é firmemente mantida, não obstante o que quase todo mundo acredita e apesar de provas incontestáveis e óbvias em contrário. A crença não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (i.e., ela não é parte da fé religiosa). Quando uma falsa crença envolve um juízo de valor, ela é considerada um delírio apenas quando o juízo é tão extremo a ponto de desafiar a credibilidade.

NOTA: Codifique idelas supervalorizadas (crenças irracionais e persistentes que são mantidas com intensidade menor do que delirante) como "—".

B1	<p>Já lhe pareceu que as pessoas estavam falando de você, ou que o observavam de modo especial? (O que você acha que elas estavam falando de você?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você estava convencido de que elas estavam falando a seu respeito, ou pensou que poderia ter sido sua imaginação?</p> <p>Você já teve a sensação de que algo no rádio, na TV ou em um filme foi feito especialmente para você? (Não que isso apenas tenha sido particularmente relevante para você, mas, sim, especificamente feito para você.)</p> <p>Você já teve a sensação de que as letras de uma música popular foram feitas para lhe enviar uma mensagem especial?</p> <p>Você já teve a sensação de que as roupas que as pessoas estavam vestindo tinham a intenção de lhe enviar uma mensagem especial?</p> <p>Você já teve a sensação de que as placas de trânsito ou os outdoors tinham um significado especial para você?</p>	<p>Delírio de referência (i.e., uma crença de que eventos, objetos ou outras pessoas no ambiente imediato do indivíduo têm um significado particular ou incomum)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B1
B2	<p>E quanto a haver alguém fazendo de tudo para lhe causar dificuldades ou tentando feri-lo? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Você já teve a sensação de que estava sendo seguido, espionado, manipulado ou sendo vítima de um complot?</p> <p>Você já teve a sensação de que estava sendo envenenado ou de que sua comida estava sendo adulterada?</p>	<p>Delírio persecutório (i.e., uma crença de que o indivíduo [ou o seu grupo] está sendo atacado, incomodado, assediado, enganado, perseguido ou sendo vítima de conspiração)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B2

SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS 191

B3	<p>Você já pensou que era especialmente importante de alguma maneira, ou que tinha poderes ou conhecimentos especiais? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Você já acreditou que tinha um relacionamento especial ou próximo com uma celebridade ou outra pessoa famosa?</p>	<p>Delírio de grandiosidade (i.e., o conteúdo envolve poder, conhecimento ou importância exagerados, ou um relacionamento especial com uma divindade ou uma pessoa famosa)</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B3
B4	<p>Você já esteve convencido de que algo estava muito errado com sua saúde física, mesmo depois de seu médico ter dito que não havia nada de errado... como ter câncer ou alguma outra doença? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Você já teve a sensação de que alguma coisa estranha estava acontecendo com partes do seu corpo?</p>	<p>Delírio somático (i.e., o conteúdo envolve mudança ou perturbação na aparência ou no funcionamento corporal)</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B4
B5	<p>Você já teve a sensação de que tinha cometido um crime ou feito alguma coisa terrível pela qual deveria ser punido? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Já teve a sensação de que algo que você fez, ou que deveria ter feito, mas não fez, causou sérios danos aos seus pais, filhos, outros membros da família ou amigos? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>E quanto a se sentir responsável por um desastre, como um incêndio, uma enchente ou um terremoto? (Conte-me sobre isso.)</p>	<p>Delírio de culpa (i.e., uma crença de que um pequeno erro do passado levará ao desastre, ou de que a pessoa cometeu um crime horrível e deveria ser punida severamente, ou de que ela é responsável por um desastre [p. ex., um terremoto ou um incêndio], com o qual não possa ter qualquer ligação)</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B5
B6	<p>Você já chegou a ficar convencido de que seu cônjuge ou parceiro estava sendo infiel a você?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Como você sabe se ele/ela estava sendo infiel? (O que fez você chegar a essa conclusão?)</p>	<p>Cúme delirante (i.e., uma crença de que o parceiro sexual é infiel)</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B6
B7	<p>Você é uma pessoa religiosa ou espiritualizada?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Você já teve experiências religiosas ou espirituais que as outras pessoas em sua comunidade religiosa ou espiritual não experimentaram?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Conte-me sobre suas experiências. (O que elas acharam dessas suas experiências?)</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já teve a sensação de que Deus, o diabo, outra entidade espiritual ou poder superior se comunicou diretamente com você? (Conte-me sobre isso. Outras pessoas em sua comunidade religiosa ou espiritual também tiveram experiências assim?)</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já teve a sensação de que Deus, ou o diabo, outra entidade espiritual ou poder superior se comunicou diretamente com você? (Conte-me sobre isso. Outras pessoas em sua comunidade religiosa ou espiritual também tiveram experiências assim?)</p>	<p>Delírio religioso (i.e., um delírio com um conteúdo religioso ou espiritual)</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B7

192 SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS

B8	Já teve um "admirador secreto" que, quando você tentou contatá-lo, negou que estivesse apaixonado por você? (Conte-me sobre isso.) Você já teve um envolvimento romântico com uma pessoa famosa? (Conte-me sobre isso.)	Delírio erotomaniaco (i. e., uma crença de que outra pessoa, geralmente de posição mais elevada, está apaixonada pelo indivíduo) DESCREVA:	- +	B8
B9	Você já achou que alguém ou alguma coisa externa a você estava controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? (Conte-me sobre isso.)	Delírio de estar sendo controlado (i. e., sentimentos, impulsos pensamentos ou ações que são experimentados como se estivessem sendo controlados por uma força externa, em vez de estarem sob controle do próprio indivíduo) DESCREVA:	- +	B9
B10	Você já achou que certos pensamentos que não eram seus foram colocados em sua cabeça? (Conte-me sobre isso.)	Inserção de pensamento (i. e., uma crença de que certos pensamentos não pertencem ao indivíduo, mas que, em vez disso, são inseridos na sua mente) DESCREVA:	- +	B10
B11	E sobre pensamentos sendo retirados da sua cabeça? (Conte-me sobre isso.)	Retirada de pensamento (i. e., uma crença de que os pensamentos do indivíduo foram "removidos" por alguma força externa) DESCREVA:	- +	B11
B12	Você já teve a sensação de que seus pensamentos estavam sendo transmitidos em alto e bom som, de modo que outras pessoas podiam realmente ouvir o que você estava pensando? (Conte-me sobre isso.)	Transmissão de pensamentos (i. e., um delírio em que os pensamentos do indivíduo estão sendo transmitidos, de modo que outras pessoas podem percebê-los) DESCREVA:	- +	B12
B13	Você já acreditou que alguém poderia ler sua mente? (Conte-me sobre isso.)	Outros delírios (p. ex., uma crença de que outras pessoas podem ler a mente da pessoa, um delírio de que alguém morreu há muitos anos) DESCREVA:	- +	B13
ALUCINAÇÕES Experiência semelhante a uma percepção que apresenta a clareza e o impacto de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. A pessoa pode ter ou não ter <i>insight</i> para a natureza inverídica da alucinação (i. e., um indivíduo com alucinações pode reconhecer que está tendo uma falsa experiência sensorial, enquanto outro pode estar convicto de que a experiência está baseada na realidade). NOTA: Código "-" para alucinações que são tão transitórias que não chegam a ter qualquer relevância para o diagnóstico. Código "+" para alucinações hipnagógicas ou hipnômpicas que ocorrem apenas ao adormecer ou ao acordar, respectivamente.				
B14	Você já escutou coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como barulhos ou vozes de pessoas sussurrando ou falando? (Você estava acordado neste momento?) SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você escutou? Com que frequência você escutou?	Alucinações auditivas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de sons, mais habitualmente vozes, quando se está totalmente acordado, e que é ouvida dentro ou fora da cabeça do indivíduo) DESCREVA:	- +	B14

B15	Você teve visões ou viu coisas que outras pessoas não podiam ver? (Conte-me sobre isso. Você estava acordado neste momento?)	Alucinações visuais (i. e., uma alucinação envolvendo a visão, que pode consistir de imagens com forma, como pessoas, ou de imagens sem forma, como lampejos de luz) <i>NOTA: Distingue-se de uma ilusão (i. e., uma percepção equivocada de um estímulo externo real).</i> DESCREVA:	— +	B15
B16	E quanto a sensações estranhas em sua pele, como sentir como se algo estivesse se arrastando ou rastejando sobre ou sob ela? E quanto à sensação de ser tocado ou golpeado? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações tóteis (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de toque ou da presença de algo sob a pele) DESCREVA:	— +	B16
B17	E quanto a ter sensações incomuns dentro de uma parte do seu corpo, como uma sensação de eletricidade? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações somáticas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de uma experiência física localizada dentro do corpo [p. ex., uma sensação de eletricidade]) DESCREVA:	— +	B17
B18	E quanto a comer ou beber alguma coisa que você achou ter um gosto ruim ou estranho, embora todas as outras pessoas que a provaram não tenham percebido nada de errado? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações gustativas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de paladar [geralmente desagradável]) DESCREVA:	— +	B18
B19	E quanto a sentir cheiros desagradáveis que outras pessoas não podiam sentir, como comida em decomposição e cadáveres? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações olfativas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de odor) DESCREVA: *	— +	B19
DISCURSO DESORGANIZADO, COMPORTAMENTO GROSSEIRAMENTE DESORGANIZADO E CATATONIA				
(Deixe-me parar por um instante para que eu possa fazer algumas anotações...)				
OS ITENS A SEGUIR SÃO CLASSIFICADOS COM BASE NA OBSERVAÇÃO E NA HISTÓRIA (CONSULTE ANTIGOS PRONTUÁRIOS, OUTROS OBSERVADORES — P. EX., MEMBROS DA FAMÍLIA, EQUIPE TERAPÊUTICA)				
B20	DISCURSO DESORGANIZADO: O indivíduo pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (tangencialidade). Raras vezes, o discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência ou "salada de palavras"). Uma vez que o discurso levemente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente grave a ponto de prejudicar de forma substancial a comunicação efetiva. DESCREVA:		— +	B20

B21		<p>COMPORTAMENTO GROSSEIRAMENTE DESORGANIZADO: Pode variar de comportamento "tolo e pueril" até a agitação imprevisível. A pessoa pode parecer marcadamente desgredada, pode se vestir de maneira incomum (p.ex., vestir vários sobretudos, cachecóis e luvas em um dia quente), ou pode apresentar comportamento sexual claramente inapropriado (p.ex., masturbação em público) ou agitação imprevisível e não provocada (p.ex., gritar ou xingar).</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B21
B22	<p>OS SEIS ITENS A SEGUIR PODEM SER AVALIADOS PELA OBSERVAÇÃO OU PELOS RELATOS DE INFORMANTES (CONSULTE OS REGISTROS DO PACIENTE, OUTROS OBSERVADORES — COMO MEMBROS DA FAMÍLIA, EQUIPE TERAPÊUTICA).</p> <p>OS TRÊS ITENS A SEGUIR PODEM SER AVALIADOS DURANTE A ENTREVISTA OU VIA INFORMANTES.</p> <p>OS TRÊS ITENS A SEGUIR PODEM SER AVALIADOS DURANTE O EXAME FÍSICO OU VIA INFORMANTES.</p>	<p>COMPORTAMENTO CATATÔNICO</p> <p>Estupor (i.e., ausência de atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente)</p> <p>Fazer caretas (i.e., expressões faciais estranhas e inadequadas não relacionadas à situação)</p> <p>Maneirismo (i.e., caricatura esquisita e circunstancial de ações normais)</p> <p>Postura (i.e., manutenção espontânea e ativa de uma postura contrária à gravidade)</p> <p>Agitação, não influenciada por estímulos externos</p> <p>Esteretotipia (i.e., movimentos repetitivos, anormalmente frequentes e não voltados a metas)</p> <p>Mutismo (i.e., resposta verbal ausente ou muito pouca [excluir sem afasia conhecida])</p> <p>Ecolalia (i.e., imitação da fala de outra pessoa)</p> <p>Negativismo (i.e., oposição ou resposta ausente a instruções ou a estímulos externos)</p> <p>Ecopraxia (i.e., imitação dos movimentos de outra pessoa)</p> <p>Catalepsia (i.e., indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade)</p> <p>Flexibilidade cêrea (i.e., resistência leve ao posicionamento pelo examinador)</p> <p>DESCREVA:</p>	- +	B22

SINTOMAS NEGATIVOS		
<p>Para quaisquer sintomas negativos classificados como "+", determine se o sintoma é definitivamente primário (i. e., devido a um Transtorno Psicótico) ou se é possivelmente ou definitivamente secundário — i. e., relacionado a outro transtorno mental (p. ex., depressão), uma substância ou uma CMG (p. ex., acinesia induzida por medicamento) ou um sintoma psicótico (p. ex., alucinações de comando de não se mover).</p>		
<p>B23</p> <p>CLASSIFIQUE ESTE ITEM COM BASE NAS INFORMAÇÕES OBTIDAS A PARTIR DA VISÃO GERAL.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Houve algum período de tempo, com duração de, pelo menos, alguns meses, em que você não estava trabalhando, não estava estudando ou fazendo quase nada?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: E quanto a um período de tempo em que você esteve incapaz de cuidar de coisas básicas do cotidiano, como escovar os dentes ou tomar banho?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Alguém chegou a dizer que você não estava cuidando dessas ou de outras coisas básicas do cotidiano?</p>	<p>Avolia: Incapacidade de iniciar e persistir em atividades direcionadas para um objetivo. Quando suficientemente grave para ser considerada patológica, a avolia é difusa e impede que a pessoa conclua muitos tipos diferentes de atividades (p. ex., trabalho, objetivos intelectuais, cuidados pessoais).</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>POSSIVELMENTE/ DEFINITIVAMENTE SECUNDÁRIO PRIMÁRIO</p> <p>B23</p>
<p>B24</p>	<p>Expressão Emocional Diminuída: Inclui reduções na expressão de emoções no rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>POSSIVELMENTE/ DEFINITIVAMENTE SECUNDÁRIO PRIMÁRIO</p> <p>B24</p>

Continue com C1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos), página 196.

ANEXO 6



CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Olá, meu nome é _____ e sou um dos pesquisadores do estudo denominado TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO: RASTREAMENTO E FATORES DE RISCO.

Estamos realizando um estudo para avaliar o risco de transtornos do humor nas gestantes e no pós parto.

Você sabe que a gestação pode alterar todo o metabolismo da mulher.

O organismo se modifica por inteiro para poder se adequar ao desenvolvimento de um novo ser.

Por isso, o cérebro também pode sofrer algumas influências hormonais.

Mulheres que antes se consideravam “fortes”, podem ficar mais delicadas, emocionando-se mais facilmente, e, assim, mais propensas a apresentar transtornos do humor.

Com esse objetivo, a equipe de pesquisadores resolveu aplicar testes rápidos, que permitem avaliar o risco da mulher apresentar algum transtorno do humor na gestação e no pós parto.

Assim, podemos identificar com rapidez as mulheres com esse risco, e ajudar para que os transtornos não prejudiquem sua vida e o relacionamento com as pessoas que ama.

Ao participar deste estudo, você vai ajudar os pesquisadores a entender um pouco mais sobre a mente da mulher que está grávida ou que acabou de conceber, fazendo com que os profissionais aprendam a lidar e melhor abordar esse tema tão comum, mas pouco abordado.

Ao concordar em participar, você precisará apenas assinar o Termo de Consentimento, que nos autoriza a usar as informações para a pesquisa, sempre de forma extremamente sigilosa, o qual você ficará com uma cópia e depois os questionários que vão avaliar a forma com que está vendo a vida neste momento tão peculiar que é ter um filho.

São perguntas rápidas, que vão nos ajudar a conhecer o perfil das nossas pacientes.

A sua participação vai nos ajudar muito a melhorar nosso atendimento e diminuir o preconceito quando falamos em distúrbios do humor.

Muito obrigada!

ANEXO 7

MATERNIDADE DO CHC- UFPR**A UNIDADE DE SAÚDE**

Nome: _____

Solicito encaminhamento da paciente acima para psiquiatria pois a mesma realizou avaliação no Hospital de Clínicas e foi constatado que necessita de acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.

Muito Obrigado,

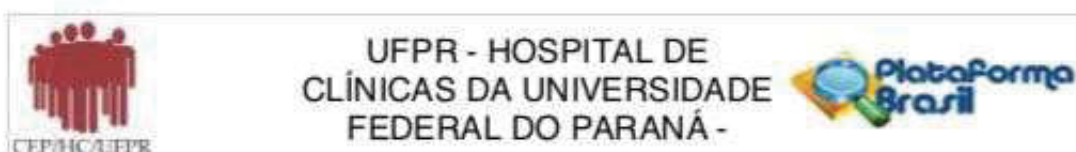
MATERNIDADE DO CHC- UFPR

AO SAM 9

Encaminho _____
registro HC _____
participante do estudo " TRANSTORNOS
HUMOR PERIPARTO: RASTREAMENTO
FATORES DE RISCO", para agendamento
consulta com **PSICOLOGIA**.

Muito Obrigado,

ANEXO 8



UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Transtornos do Humor Periparto: rastreamento e fatores de risco

Pesquisador: NARCIZO LEOPOLDO EDUARDO DA CUNHA SOBIERAY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61858716.8.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.789.379

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que visa rastrear transtornos do humor no período periparto e validar estas escalas de rastreio, correlacionando as dosagem hormonais e identificando inclusive os fatores de risco para depressão e transtorno bipolar em uma população de gestantes de alto risco. O projeto já foi apresentado, mas foi ampliado e adequado para comporta a elaboração de dissertação de mestrado. As alterações são justificadas e qualificam melhor os dados a serem estudados.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são: 1. Verificar a prevalência do transtorno depressivo maior e do transtorno bipolar em gestantes e puérperas. 2. Calcular a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo das escalas de rastreamento de transtornos de humor (EPDS e QTH simplificado) para o transtorno depressivo maior e transtorno bipolar em gestantes e puérperas. 3. Avaliar os principais fatores de risco para depressão maior e transtorno afetivo bipolar nas pacientes entrevistadas, tanto na gestação quanto no puerpério. 4. Comparar a predisposição clínica para depressão maior e transtorno afetivo bipolar do humor na gestação e no puerpério e inferir qual período de maior risco. 5. Validar o uso das escalas de rastreamento para transtornos do humor - "Escala de Depressão Pós Parto de Edimburgo" e "Questionário para Transtornos do Humor Simplificado" - associadas, na gestação e no puerpério. 6. Avaliar as diferenças de dosagem entre os níveis de estrogênio e progesterona na gestação e no puerpério e compará-los.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

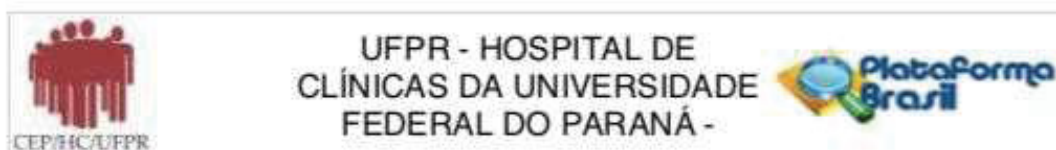
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hcu.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.789.379

com os resultados nos testes de rastreamento e diagnóstico da psiquiatria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores "A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Ao responder o questionário a paciente pode ter a sensação de constrangimento, angústia ou indecisão, podendo parar de responder assim que julgar necessário. A recusa não implicará na interrupção do atendimento e/ou tratamento a qual a paciente está assegurada. A conta de sangue pode gerar dor e a paciente pode desistir da pesquisa assim que quiser." Sugerimos que, uma vez que há participação de profissionais da psiquiatria no estudo estes se responsabilizem pelo acompanhamento psiquiátrico das pacientes, pois o TCLE prevê encaminhamentos através da unidade básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores devem observar que sua proposta "Os dados observados já justificam a criação de um ambulatório de pré-natal multidisciplinar (obstetrícia, psiquiatria, psicologia, pediatria, enfermagem, serviço social), permitindo uma abordagem completa da paciente, com foco em saúde física e mental." deve ser discutida com a gerencia da Unidade de Atendimento em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores referem se responsabilizar pelos custos da pesquisa. TCLE adequado.

Recomendações:

Revisar a forma de encaminhamento das paciente que necessitem de acompanhamento psiquiátrico.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

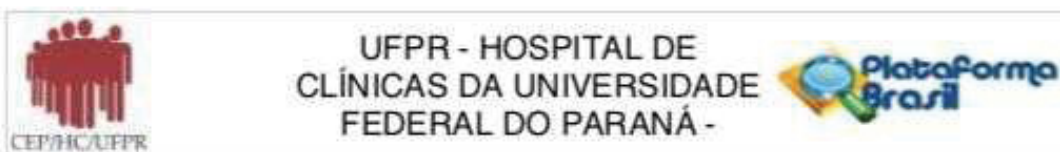
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A apresentação do projeto está adequada e as modificações estão coerentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.789.375

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1090678_E1.pdf	01/07/2018 22:03:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_plataforma_Brasil.pdf	01/07/2018 22:01:44	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	encaminhamentos.pdf	01/07/2018 21:58:37	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Orçamento	ausencia_de_custos.pdf	01/07/2018 21:55:31	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	orientador.pdf	01/07/2018 21:54:56	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Ciencia_laboratorio.pdf	01/07/2018 21:40:26	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Carta_ao_Comite_de_etica.pdf	01/07/2018 21:39:36	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	interpretacao_EPDS.pdf	01/07/2018 21:38:36	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	interpretacao_MDQ.pdf	01/07/2018 21:38:01	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	EPDS_questionario.pdf	01/07/2018 21:33:51	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	MDQ_simplificado.pdf	01/07/2018 21:33:13	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mestrado.pdf	01/07/2018 21:29:59	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_Gabriel_Henrique_de_Oliveira_Garciaassinado.pdf	01/07/2018 21:27:26	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alta da Glória

CEP: 80.060-900

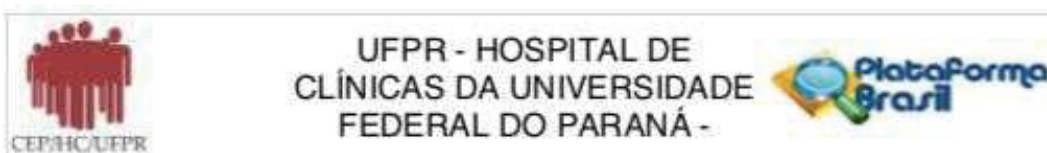
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hcu/ufpr.br



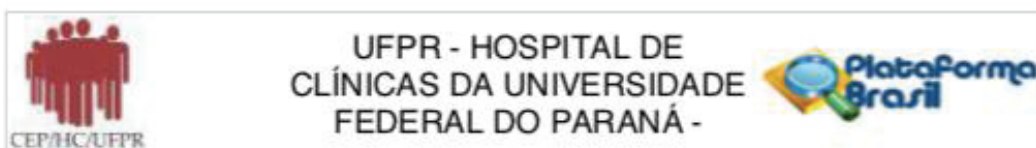
Continuação do Parecer: 2.789.379

Declaração de Pesquisadores	Termo_Assinado_Eduardo.pdf	01/07/2018 21:16:41	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Encaminhamento_outros_servicos.pdf	30/10/2016 17:27:30	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	30/10/2016 17:26:51	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lattes.pdf	30/10/2016 17:26:17	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Tomar_Publico_os_Re_sultados.pdf	30/10/2016 17:25:43	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso.pdf	30/10/2016 17:24:46	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Uso_Especifico_dos_Dados.pdf	30/10/2016 17:23:41	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Confidencialidade.pdf	30/10/2016 17:23:24	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso.pdf	30/10/2016 17:23:05	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade_02.pdf	30/10/2016 17:22:46	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade_01.pdf	30/10/2016 17:22:32	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Psiquiatria.pdf	30/10/2016 17:21:50	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Psicologia.pdf	30/10/2016 17:21:41	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Obstetricia.pdf	30/10/2016 17:21:30	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Ginecologia.pdf	30/10/2016 17:20:44	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	PERFIL_PUERPERIO.pdf	30/10/2016 17:06:47	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	PERFIL_GESTANTE.pdf	30/10/2016 17:06:17	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	CONVITE.pdf	30/10/2016 17:05:01	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	30/10/2016 16:56:17	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alta da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.789.379

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Julho de 2018

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hcu/pr.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Transtornos do Humor Periparto: rastreamento e fatores de risco.

Pesquisador: NARCIZO LEOPOLDO EDUARDO DA CUNHA SOBIERAY

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 61858716.8.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.129.041

Apresentação do Projeto:

A emenda apresentada propõe "inclusão de cinco pesquisadores no projeto: Adelyne Mayara Tavares da Silva Sequinel, Beatriz Souza Lima Wan-Dall, Henrique Pandolfo, Pedro Henrique Pereira Alvim e Prof Dra Vivian Ferreira do Amaral. A Prof Dra Vivian Ferreira do Amaral assume como orientadora dos projetos, inclusive do mestrado. Retirada de orientador Edson Gomes Tristão por aposentadoria e co-orientador Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray por não estar incluso no programa de pós graduação de tocoginecologia, ficando este como colaborador do projeto".

Objetivo da Pesquisa:

Não há modificação dos objetivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam carta de compromisso dos pesquisadores novos.

Recomendações:

Dr. Narcizo Sobieray é o responsável pelo projeto, portanto não é colaborador.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



**UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 4.129.041

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_156967_6_E3.pdf	02/06/2020 14:35:43		Aceito
Outros	emendaprojetoword.docx	02/06/2020 14:33:16	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	emendaprojetopdf.pdf	02/06/2020 14:32:45	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	qualificaopesquisadores.docx	02/06/2020 14:31:37	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaraopesquisadores.pdf	02/06/2020 14:29:48	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaocompromissoword.docx	02/06/2020 14:29:29	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Carta_comite_outubro.pdf	24/10/2018 09:29:20	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/10/2018 09:29:08	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	EMENDA.pdf	21/09/2018 00:32:53	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	CARTA.pdf	21/09/2018	FERNANDA SCHIER	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



**UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 4.129.041

Outros	CARTA.pdf	00:32:11	DE FRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_plataforma_Brasil.pdf	01/07/2018 22:01:44	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	encaminhamentos.pdf	01/07/2018 21:58:37	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Orçamento	ausencia_de_custos.pdf	01/07/2018 21:55:31	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	orientador.pdf	01/07/2018 21:54:56	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Ciencia_laboratorio.pdf	01/07/2018 21:40:26	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Carta_ao_Comite_de_etica.pdf	01/07/2018 21:39:36	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	interpretacao_EPDS.pdf	01/07/2018 21:38:36	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	interpretacao_MDQ.pdf	01/07/2018 21:38:01	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	EPDS_questionario.pdf	01/07/2018 21:33:51	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	MDQ_simplificado.pdf	01/07/2018 21:33:13	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_Gabriel_H enrique_de_Oliveira_Garciaassinado.p df	01/07/2018 21:27:26	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Assinado_Eduardo.pdf	01/07/2018 21:16:41	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	Encaminhamento_outros_servicos.pdf	30/10/2016 17:27:30	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	30/10/2016 17:26:51	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lattes.pdf	30/10/2016 17:26:17	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Tornar_Publico_os_Re sultados.pdf	30/10/2016 17:25:43	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso.pdf	30/10/2016 17:24:46	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Uso_Especifico_dos_Dados.pdf	30/10/2016 17:23:41	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Confidencialidade.pdf	30/10/2016 17:23:24	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso.pdf	30/10/2016 17:23:05	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade_02.pdf	30/10/2016 17:22:46	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade_01.pdf	30/10/2016 17:22:32	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



**UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 4.129.041

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Psiquiatria.pdf	30/10/2016 17:21:50	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Psicologia.pdf	30/10/2016 17:21:41	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Obstetricia.pdf	30/10/2016 17:21:30	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_Ginecologia.pdf	30/10/2016 17:20:44	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	PERFIL_PUERPERIO.pdf	30/10/2016 17:06:47	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	PERFIL_GESTANTE.pdf	30/10/2016 17:06:17	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Outros	CONVITE.pdf	30/10/2016 17:05:01	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	30/10/2016 16:56:17	FERNANDA SCHIER DE FRAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 01 de Julho de 2020

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TRANSTORNOS DO HUMOR PERIPARTO: RASTREAMENTO E FATORES DE RISCO

Prezada Senhora,

Obrigada pela sua atenção! Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao aplicador que explique as palavras ou itens que você não tenha compreendido completamente.

1. **Natureza da Pesquisa:** A senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar a prevalência de transtornos do humor em gestantes e puérperas (40- 60 dias pós parto) que realizam o Pré- Natal de Alto Risco no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba. Por meio do preenchimento de questionários e conversa com um psiquiatra, poderemos identificar quem são as pacientes que se encontram no grupo com propensão para desenvolver transtornos do humor, e assim, ajudá-la a superar esta dificuldade. O questionário “Escala de depressão pós parto de Edimburgo” consiste em 10 perguntas sobre como você se sente na **ÚLTIMA SEMANA** com relação a determinados assuntos. O “Questionário para Transtorno do Humor” consiste em perguntas sobre como você já se sentiu na vida com relação a algumas atitudes suas, respondendo “sim” ou “não”. Na conversa com o psiquiatra, são feitas algumas perguntas seguindo um protocolo de modo a identificar se você já apresentou ou apresenta algum transtorno humor. Assim, podemos comparar a avaliação do psiquiatra com suas respostas nos questionários e definir se ele realmente nos ajuda a identificar as pacientes de risco. Além disso, coletaremos amostras de sangue para avaliar como seus hormônios estão se comportando, já que eles tem importante influência no desenvolvimento da depressão pós parto, por exemplo.
2. **Participantes da pesquisa:** gestantes entre 18 e 24 semanas de gestação, que realizem Pré- Natal na Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas UFPR, conforme os critérios de inclusão e exclusão.
3. **Envolvimento na pesquisa:** Ao participar desse estudo a senhora permitirá que o pesquisador observe a prevalência e os fatores de risco para transtornos do humor na gestação e no pós parto, permitindo que se produza uma forma de rastreamento destas doenças, a qual poderá ser incluída futuramente na rotina do Pré- Natal, ajudando muitas mulheres que não seriam diagnosticadas anteriormente. A senhora tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone ou e-mail de uma das pesquisadoras responsáveis.
4. **Sobre as entrevistas:** A participante responderá para o pesquisador, dentro da sala de atendimento, sob total sigilo, a um questionário com perguntas sócio- econômicas para identificar o seu perfil, seguido do Questionário de Depressão Pós Parto de Edimburgo e do Questionário para Transtornos do Humor simplificado, além da coleta de uma amostra de sangue. A primeira abordagem ocorrerá hoje, entre 18 e 24 semanas de idade gestacional, seguido de novo encontro 40 a 60 dias após o nascimento do bebê, quando você responderá novamente aos questionários e coletará uma nova amostra de sangue. Isto terá cerca de 15 minutos de duração. Hoje você terá um encontro com o psiquiatra para uma entrevista de 40 a 60 minutos. Esta entrevista é muito importante pois nos ajudará a ver se você já apresentou algum transtorno do humor. No nosso último encontro você terá acesso aos resultados de seus exames e outras orientações.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Ao responder o questionário você pode ter a sensação de constrangimento, angústia ou indecisão, podendo parar de responder assim que julgar necessário. A sua recusa não implicará na interrupção do seu atendimento e/ou tratamento a qual esta assegurada. Durante a coleta do sangue poderá sentir dor e desconforto, podendo solicitar a interrupção do procedimento assim que desejar. Será coletado cerca de uma colher de sopa do seu sangue. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece risco a sua dignidade. Após o preenchimento das informações, os pesquisadores usarão as respostas dos questionários, o diagnóstico obtido pela psiquiatria e os resultados das dosagens hormonais.
6. **Confidencialidade:** Este estudo está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), grupo de pessoas com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão inicial ética e continuada do estudo de pesquisa, de modo a mantê-lo seguro e proteger os direitos do participante. Todas

<p>Rubricas Participante da Pesquisa _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____</p>

as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores e orientadores terão conhecimento dos dados. Os resultados obtidos serão para fins acadêmicos e guardados juntos a autora num prazo de 05 (cinco) anos para possíveis consultas e questionamentos. **A sua identidade será sempre preservada.**

7. **Forma de Acompanhamento e Assistência:** Conforme sua avaliação, você poderá ser encaminhada para psiquiatria via unidade de saúde para manter seguimento com a psiquiatria. Você não tem nenhuma obrigação em comparecer aos atendimentos, mas eles são extremamente importantes para investigar o diagnóstico e contribuir com a melhoria da qualidade de vida e bem estar de você e de sua família. Caso haja demora no encaminhamento, a equipe deste estudo te fornecerá o suporte necessário.
8. **Benefícios:** Ao participar desta pesquisa, a senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, caso apresente indícios de transtornos do humor, poderá receber ajuda imediatamente, de modo a amenizar seus sintomas e sofrimento. Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a depressão e transtorno bipolar na gestação e no pós parto, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar muitas gestantes e mães que muitas vezes sofrem sem ter o diagnóstico pelo simples desconhecimento dos profissionais. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos sem citar seu nome e estimular a abordagem deste tema entre os profissionais de saúde.
9. **Pagamento:** a senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, pois as aplicações dos questionários, as coletas de sangue e a conversa com psiquiatra acontecerão nos dias em que você já estiver na Maternidade para as suas consultas. **Não será realizado nenhum pagamento pela sua participação.** Sua participação no estudo é voluntária e caso não queira mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este termo assinado.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito. Posso esclarecê-las da melhor forma possível. Em caso de dúvidas, pode entrar em contato comigo a qualquer momento no e-mail feschier@hotmail.com ou telefone (41) 99121-3082 ou com o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP/HC/UFPR pelo telefone (41) 3360-1041.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, prontuário HC- UFPR _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar desta pesquisa. Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de _____.

Nome do Participante
da Pesquisa

Assinatura do Participante
da Pesquisa

Nome e Assinatura do Aplicador do TCLE

ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

Brazilian Journal of Psychiatry

BJP

Revista Brasileira de Psiquiatria

Official Journal of the
Brazilian Psychiatric Association**Perinatal Mental Health in Brazil: The Importance of
Antenatal Screening for Mood Disorders**

Journal:	<i>Brazilian Journal of Psychiatry</i>
Manuscript ID	BJP-2020-OA-1285
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	30-Jun-2020
Complete List of Authors:	De Fraga, Fernanda; UFPR, Department of Obstetrics and Gynecology UFPR Sequinel, Adelyne; UFPR, Undergraduate medical student at UFPR Alvim, Pedro; UFPR, Psychiatry UFPR Garcia, Gabriel; UFPR, Psychiatry UFPR Serman, Eduardo; UFPR, Department of Obstetrics and Gynecology UFPR Wan-Dall, Beatriz; UFPR, Undergraduate medical student at UFPR Pandolfo, Henrique ; UFPR, Psychiatry UFPR Amaral, Vivian; UFPR, Department of Obstetrics and Gynecology UFPR
Keyword – Go to DeCS or MeSH to find your keywords.:	Pregnancy, Depression, Bipolar Disorder, Prenatal care, High risk pregnancies

SCHOLARONE™
Manuscripts

COVER LETTER

June, 2020

Dear Editor

My name is Fernanda Schier de Fraga and I am an ObGyn doctor. I work as a professor and medical assistant at the Federal University of Parana Hospital, located in Curitiba, Brazil. Working in a hospital that is a reference for high risk obstetrics, I could not help but notice the growing number of women with psychiatric disorders. Unfortunately, there are still few services focused exclusively on perinatal mental health in Brazil and, combined with little knowledge on the subject and stigma of psychiatric disorders, treatment for these patients remains precarious. In my case, whenever we evaluate pregnant women with psychiatric disorders, we have difficulties to refer them to a specialist and because of that many of them carry their pregnancy emotionally unstable and without the adequate assistance.

The impact of untreated mood disorders on the health of the maternal-fetal binomial is a worldwide issue that has been widely addressed, especially in times of the pandemic. Noticing the lack of knowledge about this topic in Brazil and specially in my state, and the difficulty of treatment in these situations, I have been conducting researches in perinatal mental health. Since the US Preventive Task Force publications and many other guidelines foment the screening of mental health disorders by the obstetricians, this paper "**PERINATAL MENTAL HEALTH IN BRAZIL: THE IMPORTANCE OF ANTENATAL SCREENING FOR MOOD DISORDERS**" was written to show the importance of the screening scales as a part of prenatal consultation by obstetricians, exposing the high prevalence of mood disorders in high-risk pregnancies and the main risk factors involved. Few studies have demonstrated the use of EPDS and MDQ during pregnancy, none of which have covered this in southern Brazil. This article shows that the application of this screening is safe for suspected episodes of depression and mania, in addition to discussing important risk factors for psychiatric disorders in the perinatal period. We haven't sent this paper for consideration elsewhere.

The authors received no funding, have no conflict of interest and have had substantial contributed to the conception of the work including acquisition, analysis, data interpretation as well as the final approval of this paper.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Paraná Hospital. This RCT is registered at <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9psmr5/> with Clinical Trial Registration Number RBR-9psmr5.

I hope that this paper will make health professionals, especially non-psychiatrists, consider and understand that addressing mental health in prenatal consultations benefits everyone.

We need to talk about perinatal mental health. The initiative of Brazilian Journal of Psychiatry in association with Marcé Society Portuguese Speaking group in having a perinatal mental health special edition is amazing, and I would be honored to have this (3945 words and 40 references) paper published there.

In the need of further information about the manuscript, I would be pleased to help you.

I look forward to hearing from you,

Fernanda Schier de Fraga

Title Page

Perinatal Mental Health in Brazil: The Importance of Antenatal Screening for
Mood Disorders

Authors

Fernanda Schier de Fraga

E-mail address: feschier@hotmail.com

Substitute Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil. Student at Postgraduate Program in Obstetrics and Gynecology, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil.

Specific contribution: Literature search, data collection, study design, data analysis, manuscript preparation.

Adelyne Mayara Tavares da Silva Sequinel

E-mail address: adelynetavares@gmail.com

Undergraduate medical student at the Federal University of Parana, Curitiba, Brazil.

Specific contribution: data collection, manuscript preparation.

Pedro Henrique Pereira Alvim

E-mail address: pedrohpalvim@gmail.com

Resident physician in psychiatry at the Department of Psychiatry, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil

Specific contribution: data collection, SCID-5 application, manuscript preparation

Gabriel Henrique Oliveira Garcia

E-mail address: ghog1@hotmail.com

Resident physician in psychiatry at the Department of Psychiatry, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil

Specific contribution: data collection, SCID-5 application, manuscript preparation

Eduardo Jonson Serman

E-mail address: eduserman@hotmail.com

Specialist physician at the Department of Obstetrics and Gynecology, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil

Specific contribution: data collection

Beatriz Souza Lima Wan-Dall

E-mail address: biaslwd@gmail.com

Undergraduate medical student at the Federal University of Parana, Curitiba, Brazil.

Specific contribution: data collection, manuscript preparation

Henrique Pandolfo

E-mail address: hspandolfo@gmail.com

Resident physician in psychiatry at the Department of Psychiatry, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil

Specific contribution: data collection, SCID-5 application, manuscript preparation

Vivian Ferreira Amaral

E-mail address: vivianfa2012@gmail.com

Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil (MD, PhD)

Specific contribution: manuscript review, master's dissertation advisor

Corresponding author

Fernanda Schier de Fraga, Department of Obstetrics and Gynecology, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil. Federal University of Parana Clinical Hospital, Curitiba, Parana, Brazil, 181 General Carneiro Street, Curitiba PR, 80.060-900, [feschier@hotmail.com], +55(41)991213082 +55(41)33295700 +55(41)33456260

Abstract

Objective: The diagnosis of mood disorders (MD) during pregnancy is oftentimes difficult, and many patients remain untreated. The objective of the research was to observe the frequency of MD during pregnancy, its risk factors and assess the feasibility of screening scales as part of antenatal care. **Methods:** Pregnant women in the second trimester were submitted to EPDS, MDQ and an epidemiologic questionnaire. $EPDS \geq 13$ and $MDQ \geq 7$ were considered positive for depressive episodes and maniac symptoms, respectively. A psychiatrist applied SCID-5, obtaining a diagnosis. **Results:** 61 patients were interviewed. EPDS was positive in 19.7%, while the frequency of major depression was 8.2% and 16.4% were diagnosed with bipolar disorder. EPDS and MDQ sensitivity and specificity was 80.0%, 92.1%, 70.0 and 70.6%, respectively. Personal history of MD and negative partner relationship increased five times the risk of MD. **Conclusion:** MD were diagnosed in 24.6% of the pregnant women. EPDS cut-off point of 13 showed high accuracy and specificity. History of psychiatric disorder and presence of negative partner relationship were the main risk factors associated with MD. The routine use of these scales and risk factors assessment plays an important role in early diagnosis and promotion of perinatal mental health.

Clinical Trial Registration Number: RBR-9psmr5

Trial URL: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9psmr5/>

Keywords: Perinatal Mental Health, Pregnancy, Depression, Bipolar Disorder, Screening Tools.

Manuscript text

Perinatal Mental Health in Brazil: The Importance of Antenatal Screening for Mood Disorders

Introduction

In the gestational period, the limits between the physiological and pathological mental health are narrowed. In this scenario, the woman is vulnerable to changes in mood and may trigger signs and symptoms of disorders that are often pre-existing, but never diagnosed (1-3).

Among the mood disorders (MD) that occur during pregnancy, major depressive disorder and bipolar disorder stand out. Perinatal depression can be defined as a major depressive episode during pregnancy or until the first month of the puerperium (4). Type I bipolar disorder is defined by a manic episode and may have a history of hypomanic or major depressive episodes, whereas type II bipolar disorder is characterized by a current or past major hypomanic and depressive episode (4).

Studies have shown that the repercussions of MD during pregnancy exceed this period. Children of untreated mothers may have low birth weight, prematurity, deficit in neuropsychomotor development, difficulties in breastfeeding and even obesity during childhood. Mothers can emotionally distance themselves from their children, presenting a high risk of suicide and infanticide (1,5).

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was developed by Cox et al., in 1987, with the objective of helping primary health care professionals to detect symptoms of postpartum depression (2,3). The scale characterizes an important method of screening for depressive symptoms, but does not replace the specialized clinical evaluation (6).

The Mood Disorder Questionnaire (MDQ) is a way of screening patients who have had or have episodes of mania. (7) Developed by Hirschfeld et al., in 2000, it was validated in Brazil by Castelo et al., in 2010, (8) and evaluated for use in the peripartum period in 2012 (9). Frey et al. identified that the application of the MDQ without the last two supplementary questions makes it more sensitive than the complete questionnaire (9).

When researching depressive symptoms during pregnancy, there is a high risk of classifying a condition of bipolar disorder as unipolar depressive disorder. Thus, simultaneous screening with the application of EPDS and MDQ during pregnancy is encouraged (5).

The screening of MD as part of the prenatal routine has been recommended by many national and international guidelines, pointing out the importance of addressing the topic in obstetrics (10-12).

The objective of this study was to verify the effectiveness of EPDS and MDQ through their accuracy, sensitivity and specificity indexes in the screening of depressive and bipolar disorders in a population of high-risk pregnant women in southern Brazil, considering the SCID-5 questionnaire as the gold standard of diagnosis. In addition, it sought to identify the main risk factors involved, which can facilitate the identification of the most likely patients and improve care during prenatal care.

Methods

Participants and Design

It consisted of a cross-sectional study of 61 pregnant women, all over 18 years of age, with gestational age between 18 and 24 weeks, who attended prenatal

consultations at a public university hospital of reference for high-risk pregnancies in southern Brazil during the period of August 2018 to August 2019. Patients who had a previous diagnosis of MD and/or who were under current treatment for this purpose were excluded.

The sample size was estimated considering evaluating the accuracy of the screening scales for the diagnosis of MD, with an estimated sensitivity of 90%, margin of error of 9% (confidence interval) and type I error of 5%, giving 95% of test power (Statistica 10.0 - Statsoft).

The research was approved by the institutions Human Research Ethics Committee.

Clinical assessments

After signing the consent form, the questionnaires *Edinburgh Postpartum Depression Scale*, *Mood Disorders Questionnaire* and the *Socioeconomic Questionnaire Profile During Pregnancy* were applied in order to assess the presence of clinical variables and demographic factors previously considered in other studies as risk factors for MD in the perinatal period.

The EPDS was validated for the Portuguese language by Santos et al. and it consists of 10 questions about how the person feels about depressive symptoms in the last week (13). The scoring is performed according to the responses obtained, making up a maximum score of 30, with a score of 13 points or more indicating a high probability of major depressive disorder (6), having been considered as a positive result for depressive symptoms in this study.

The MDQ consists of 13 questions with affirmative or negative answers about the history of symptoms of mania and hypomania. According to Frey et al., positive

screening for symptoms of mania was considered when the patient presented seven or more affirmative responses (9,14).

After the interview with the first applicator, regardless of the screening result, all patients were referred for evaluation by a resident physician in psychiatry, who, without knowing the results of the previous step, conducted the structured interview (SCID-5) in another outpatient room. If the patient was diagnosed with any MD, she was referred for a specialized follow-up.

In the statistical analysis of the data, Student's t tests, Mann-Whitney test and the Multivariate Logistic Regression model were applied to identify the risk factors associated with the occurrence of MD.

Results

Most of the pregnant women were white (62.3%), 29.5% brown, 6.5% black and 1.6% yellow, with a mean age of 29.9 ± 8.2 years. Most patients (55.7%) were multiparous, with a history of previous transpelvic delivery. Regarding the use of contraception, 63.9% of them did not use any method before the pregnancy, and 62.3% of the pregnancies were not planned.

Family history of psychiatric disorders was observed in 32 cases (52.4%). In 26 cases the pregnant woman indicated which family member, mainly mothers (42.3%) and uncles/aunts (30.8%). Family histories of substance use disorders (21.3%), attempted suicide (14.7%) and anxiety (14.7%) were reported. Twenty-four pregnant women (39.3%) reported having had a psychiatric consultation in their lifetime, the main reasons being anxiety (79.2%), depression (45.8%) and attempted suicide (29.2%). Smoking during pregnancy was reported by 10 pregnant women (16.4%),

use of alcoholic beverages by 11 (18.0%) and marijuana use by only 1 pregnant woman (1.6%).

In 59.0% of the cases, the husband/partner was the biggest contributor of the family income and, although 82.0% of the pregnant women considered their relationship satisfactory, in 22 cases (36.1%) they had a partner with negative behavior, characterized here by some negative situation with the partner such as humiliation or aggression (16.4%), imposition to do something she did not want (6.5%), sexual intercourse due to the partner's exclusive desire (16.4%) or aggressiveness in arguments (16.4 %).

The frequency of a depressive episode by SCID-5 was 16.4%, with 8.2% of the pregnant women diagnosed with a current isolated depressive episode and 8.2% with a depressive episode of bipolar disorder. The frequency of bipolar disorder was 16.4%.

Five pregnant women answered “yes” to question 10 of the EPDS, referring to the idea of harming themselves, with one pregnant woman saying that she had frequent thoughts and another four said that very few times in the past seven days they had had thoughts with this content.

In the evaluation of the EPDS cut-off point for positive screening, it was observed that with a score of 10 the estimated probability of MD was around 15%, rising to about 30% with a score of 12 and 40% with a score of 13, progressively increasing from this score (Graph 1).

The median EPDS score was 5, ranging from 0 to 24 points, with positive screening in 19.7% of the pregnant women, while the median MDQ was 5, ranging from 0 to 12, with positive screening in 36.1 % (Table 1).

There was an association between positive screening by both scales in 7 cases (11.5%).

Considering a score greater than or equal to 13 as the cut-off point, the EPDS scale showed accuracy of 90.2% for the identification of a depressive episode, with sensitivity of 80.0%, specificity of 92.1%, false positive of 33, 3% and a false negative of 4.1% (Table 2). With the cut-off point > 10 , the accuracy was 85.2%, the sensitivity was 90.0%, the specificity was 84.3% and the false positive index was 47.0%. With a cut-off point > 14 these values were 93.3%, 77.7%, 96.1% and 22.2%, respectively.

The MDQ scale showed accuracy of 70.5% for the identification of bipolar disorder, with sensitivity of 70.0%, specificity of 70.6%, false positive of 68.2% and false negative of 7.7% (Table 2).

Comparison between the pregnant women with and without mood disorder - depression or bipolar affective disorder

Fifteen patients (24.6%) were diagnosed with major depressive disorder or bipolar disorder. Among its characteristics, the non-white race ($p = 0.03$) and the inadequate financial situation ($p = 0.01$) were more frequent among patients with depressive disorder.

The frequency of a partner with negative behavior was higher among pregnant women with MD ($p = 0.01$), as well as previous history of MD, with a borderline significance level ($p = 0.07$). The value of the EPDS scale score was also higher among pregnant women with MD ($p < 0.001$), but there was no significant difference between the values of the MDQ scale ($p = 0.34$) (Graph 2).

Risk factors for depressive and bipolar disorders

The main risk factors were obtained by applying the multivariate logistic regression model, considering the psychiatric diagnosis of MD by SCID-5 as the dependent variable and the epidemiological characteristics as independent variables (Table 3).

Considering all the most significant factors, the previous morbid history for psychiatric disorder (OR = 5.5, CI = 1.13- 22.61, $p = 0.03$) and the presence of a negative partner stood out (OR = 5.48, CI = 1.24- 24.13, $p = 0.02$), increasing the chance of MD by 5 times.

Discussion

In this sample, 8.2% of high-risk pregnant women were diagnosed with an isolated depressive episode by SCID-5, a result similar to that of Gavin et al. and Usuda et al., who observed a prevalence of 8.5% and 9.5% in the second trimester of pregnancy, respectively (15,16). These results are inferior to those of Castro and Couto et al. and Brancaglioni et al., who identified a prevalence of 17.3% and 21.7% of major depression in the second trimester of pregnancy in a sample of Brazilian pregnant women after application of the MINI-Plus Interview (17,18). Considering the presence of a current depressive episode, it was found that 16.4% of the pregnant women were affected in the present study, a value very similar to that described by Gavin et al., who suggested that 18.4% of women are affected by depressive episodes during pregnancy (15). Other studies indicate a prevalence of depressive episodes in the antepartum in low-income countries of 25.8%, while in the postpartum period it decreases to 19.7% (1). The data found in the literature vary widely due to the different research methods adopted.

It is known that about 33% of women will experience their first depressive episode during pregnancy, which reinforces the importance of screening during prenatal care, as the diagnosis of MD in this period has been associated with maternal and fetal complications (1,8,19-23).

The prevalence of bipolar disorder in the general population varies from 1-2%, and in the United States it reaches 4.4%, with a similar incidence between the sexes (20,21). However, depressive episodes, precipitous changes in mood and mania or hypomania are more frequently found in women (21). Bearing in mind that pregnancy is a time of vulnerability for recurrence due to hormonal changes and changes in circadian rhythm, in the perinatal period the prevalence of bipolar disorder varies between 2 - 8% (21,22).

It is believed that more than half of the patients who present postpartum depressive disorder suffer from bipolar disorder and 60 to 70% of the women diagnosed with bipolar disorder presented episodes of mood changes during pregnancy and the puerperium (5,24). Although this study evaluated patients during pregnancy, this data can be observed, because of the 16.4% pregnant women who had a depressive episode, 8.2% were diagnosed with bipolar disorder and another 8.2% diagnosed with major depression (50%).

It is known that the diagnosis of bipolar disorder is difficult, requiring years and often being treated as major depressive disorder (22,24,25). In the study by Merrill et al., about 21,4% of women with depressive symptoms were diagnosed with bipolar disorder (24).

The individual use of screening scales such as EPDS can cause an error in diagnosis, since depressive symptoms in pregnancy can be related to hypomanic episodes (25). Therefore, it is recommended that screening for depressive disorder

be paired with screening for bipolar disorder (21,22,25), reinforcing the need for a quick and effective scale such as the MDQ associated with EPDS.

Given the direct contact with obstetrics professionals, the perinatal time is the most suitable for the investigation of these disorders, being stimulated by many guidelines.

The *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) recommends that patients with risk factors for perinatal depression receive counseling (10), indicating screening for depression both during pregnancy and postpartum (26). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommends screening for depression at least once during the peripartum, indicating that patients with suspected mania should receive specialized care before starting treatment (27). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) suggests that pregnant women with depressive symptoms be screened for bipolar disorder using the MDQ tool (11).

In Brazil, the Society of Obstetrics and Gynecology of São Paulo (12) makes recommendations only for postpartum depression, not citing any form of screening during the gestational period, but advises that the obstetrician should be aware of the risk factors and refer them to the mental healthcare professional when needed.

Santos et al. reported great benefit from the use of screening for peripartum depressive disorder in Brazil, as the instrument can be applied by any health professional, while mental health services end up being restricted to the treatment of mental disorders already installed or of greater severity (28).

In this study, EPDS was positive in 19.7% of patients, a frequency similar to that of Da Silva et al. (1998), Silva et al. (2012) and Melo et al. (2012), who obtained rates of 17.9%, 24.3% and 20.5% respectively (29-31).

In this sample, EDPS presented high sensitivity and specificity, similar to that observed by other authors (Chart 1), which suggests that the fact that the scale was applied to a population of high-risk pregnant women did not necessarily overestimate the rates found.

Although some authors point to a score of 10 as the cut-off point, in this sample there was a low probability of success (about 15%, Graph 1) leading to less accuracy, less specificity, higher rate of false positives, although with greater sensitivity.

When it comes to screening for MD, it must be considered that the tests of high sensitivity, but of low specificity can lead to high rates of false positives, leading to a greater number of cases for evaluation by specialists, unduly overburdening the health system, generating emotional damage and higher costs. The cut-off point of 14 increases accuracy, specificity and further decreases the false positive (22.2%), but greatly decreases sensitivity (77.7%). Thus, the cut-off point of 13 seems more effective, since it increases accuracy, specificity and sensitivity, with a more acceptable false positive rate.

Compared to the female population in general, pregnant women have lower suicide rates (23), however, suicidal ideation may be more representative among pregnant women with depressive disorder (34,35). In the sample of 61 patients in this research, 5 of them responded positively to the tenth question of the EPDS and it is known that any affirmative answer to this question points to a high risk of suicidal ideation. Among the five (8.19%), three received a diagnosis of bipolar disorder and one of depressive disorder according to the criteria proposed by DSM-5 (4). All were referred for psychiatric follow-up.

The MDQ, validated in the general Brazilian population by Castelo et al.,

presented a sensitivity of 91% and specificity of 70%, using cut-off ≥ 8 associated with the two supplementary questions (8). It is known that the MDQ without these two questions can make it more sensitive than the complete questionnaire, as it is already demonstrated by Frey et al., who found that in a population of pregnant women and women who had recently given birth, using the cut-off ≥ 7 , 89% sensitivity, 84 % specificity and 43.0% positive predictive value (9). In the present sample, the MDQ showed sensitivity of 70.0%, specificity of 70.6%, false positive of 68.2% and false negative of 7.7%, values lower than those found by Frey et al. There are no Brazilian studies with a method similar to the one used here for comparison in the perinatal period, but considering that patients with positive MDQ should be referred for specialized clinical evaluation, the scale is very useful for screening pregnant women by obstetricians.

In a prospective study, Masters et al. observed that 18.8% of the population of pregnant and postpartum women had MDQ greater than or equal to 7 (22), half of that found in the present sample, in which 36.1% had positive MDQ (≥ 7). Of the 61 patients evaluated, 16.4% had a diagnosis of bipolar disorder by SCID-5, a result higher than the prevalence described in other studies (22).

According to Merrill et al. (24), if only women with depressive symptoms are screened for bipolar disorder, approximately one third of bipolar disorder cases would not be diagnosed. In this study, 24.6% of pregnant women would not be identified as a possible diagnosis of bipolar disorder if only depressive symptoms were screened, using only EPDS. Merrill et al. (24), in their study, observed that 21.4 - 57.1% of patients would have this diagnostic omission.

In a study by Frey et al. (9), the gold standard for comparing the scales was the psychiatric clinical interview conducted by trained and experienced professionals

from the DSM-IV, while in this sample, the SCID-5 psychiatric interview was used as the gold standard.

Although the interview by SCID-5 has the advantage of providing greater reliability, the clinical interview with a trained psychiatrist is closer than the reality of diagnostic investigation. In addition, SCID-5 does not consider, in its assessment, the mixed specifiers of depressive episodes and mania, which are in the DSM-IV. The clinical interview is more flexible, allowing the professional to think about the diagnosis of bipolar disorder from these specifiers, and not just about the presence of pure episodes of hypomania and mania. However, the differences in results between this study and the study of Frey et al. (9) were not very discrepant, showing that there is a good accordance between clinical evaluation and more structured research methods.

It is known that patients with bipolar disorder can present psychiatric disorders such as manic upset, mixed episodes and increased cycle of episodes when there is a misuse of antidepressants for treatment (40). Therefore, it is of fundamental importance that screening tests for MD in pregnancy also have a good accuracy for their differential diagnoses. The accuracy of the MDQ in this study was 70.5%, therefore, almost 30% of the patients may not have the correct diagnosis. A possible solution may be a complementary psychiatric evaluation for those patients who score positive for EPDS, but negative for MDQ, as recommended by the guidelines.

The high prevalence of peripartum depressive disorder in low-income countries is related to risk factors such as abusive relationships and partner violence, poor social support, low educational index, smoking, drug abuse, adverse obstetric and neonatal events, pre-eclampsia, unwanted pregnancy, among others (1).

The risk factor most frequently found in the literature for depressive disorder during pregnancy is the previous history of major depressive disorder (36). In the

present study, the history of MD in pregnant women increased the risk of developing MD by approximately four times. Bearing in mind that patients undergoing treatment for MD were not included in the sample, it is possible that this relative risk is even greater.

Milgron and Gemmill report the importance of assessing psychosocial risks in pregnant women, including the unstable domestic situation, few economic resources, insufficient social support, domestic violence, history of substance use and psychiatric disorders (36). In the assessment of risk factors in this sample, the negative behavior of the partner increased the chance of MD in the pregnant woman six times (OR = 6.13, 95% CI = 1.62-23.16, $p < 0.001$) information that is consistent with the literature. Castro and Couto et al. (18) demonstrated that pregnant women with a history of receiving aggression are at higher risk for depression during pregnancy. The financial situation of the studied pregnant women, when inadequate, increased the chance of MD by about five times (OR = 5.42, 95% CI = 1.52-19.31, $p = 0.02$).

Although smoking and alcohol consumption were not identified as risk factors for MD, approximately 16.4% of the pregnant women in the present sample were smokers, a result similar to that of Kataoka et al., who observed a prevalence of smoking in 13.4% (37). Baptista et al. identified 7.3% of pregnant women who used alcoholic beverages, half of what was observed here (18.0%) (38). Still, it is imperative that obstetricians ask the pregnant woman about the use of substances (22), since there are no safe levels of this use during pregnancy.

The history of transpelvic delivery in previous pregnancies increased the chance of MD by about 2 times (OR = 1.83, 95% CI = 1.11-3.03, $p = 0.01$). In a Brazilian study, Faisal-Cury and Menezes found no relationship between the mode of delivery and

the predisposition to maternal depression (39). The findings regarding the history of transpelvic delivery found here may present confounding variables. One way to clarify this divergence of results would be to evaluate the experience of these pregnant women in their last deliveries, since a negative experience could be a risk factor, and not the actual act of transpelvic delivery itself.

According to recent recommendations by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF), patients with risk factors should receive counseling for the risk of developing MD and, therefore, asking psychosocial questions associated with screening with EPDS and MDQ is essential for the correct diagnosis and follow-up of these patients (10).

Conclusion

Mood Disorder was observed in about 25% of pregnant women and the joint application of the EPDS and MDQ scales in high-risk pregnant women proved to be adequate for the screening of depressive disorder and bipolar disorder, and should be used routinely by obstetricians, since that women in the perinatal period have an intensified contact with this specific health professional.

On the EPDS scale, the cut-off point of 13 showed high accuracy and specificity, and the presence of a past morbid history of psychiatric disorder and a negative partner were the main factors associated with MD, increasing its chance by 5 times.

Early diagnosis and identification of risk factors for MD in pregnancy by health professionals during prenatal consultations can contribute to the emergence of prevention and counseling policies, reducing morbidity and improving the quality of life of patients and their families.

Acknowledgment section

We thank Dr. Dirceu Zorzetto Filho, Dr. Sarah Cristina Zanghellini Rückl and Dr. Monica Lima for the useful suggestions and special thanks to the patients that kindly participated in this study.

References

1. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams MA, Author C. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries HHS Public Access. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973-82.
2. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006;33(92-102).
3. Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, Klipstein K, Albertini ES, Lusskin SI. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):13.
4. Association AP. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis. 2014. 96 p.
5. Sharma V, Xie B. Screening for postpartum bipolar disorder: Validation of the Mood Disorder Questionnaire. *J Affect Disord*. 2011;131(1-3):408-11.
6. Marini FC. Estudo dos fatores relacionados à pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
7. Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck J, et al.

Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1873-5.

8. Castelo MS, Carvalho ER, Gerhard ES, Costa CMC, Ferreira ED, Carvalho AF. Validity of the Mood Disorder Questionnaire in a Brazilian psychiatric population. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(4):424-8.

9. Frey BN, Simpson W, Wright L, Steiner M. Sensitivity and Specificity of the Mood Disorder Questionnaire as a Screening Tool for Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(11):1456-61.

10. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580-7.

11. Yatham LN, Jennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20:97-170.

12. Galletta MA, Faisal AC, Aquino MMA, Tess V. Revisão sobre Diagnóstico de Depressão Pós-Parto - Desafios no diagnóstico da depressão pós-parto no Brasil. *SOGESP* 2016. 2016;1-22.

13. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JRW. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):72.

14. Bucaktepe GE, Çelik SB, Uludağ A, Erdem Ö, Altınbaş K, Bulut İU. Screening

mixed depression and bipolarity in the postpartum period at a primary health care center. *Compr Psychiatry*. 2016;71:57-62.

15. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. Vol. 106, *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106(5 Pt1):1071-83.

16. Usuda K, Nishi D, Okazaki E, Makino M, Sano Y. Optimal cut-off score of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for major depressive episode during pregnancy in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(12):836-42.

17. Brancaglioni MYM, Rückl S, Castro e Couto T, Viana LE, Nicolato R, Silva Filho HC da. How Gestational Depression Impacts on Quality of Life. *J Depress Anxiety*. 2016;5(2):223-5.

18. Castro e Couto T, Brancaglioni MYM, Nogueira CM, Bergo PA, Duarte GF, Nicolato R et al. What is the best tool for screening antenatal depression? *J Affect Disord*. 2015;178:12-7.

19. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012-24.

20. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Fermo JO et al. Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Brz J Psychiatry*. 2015;37(2):155-61.

21. Clark CT, Wisner KL. Treatment of Peripartum Bipolar Disorder. Vol. 45, *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018;45(3):403-17.

22. Masters GA, Brenckle L, Sankaran P, Person SD, Allison J, Moore Simas TA et al. Positive screening rates for bipolar disorder in pregnant and postpartum women and associated risk factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;61:53-9.
23. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Women Ment Health*. 2005;8(2):77-87.
24. Merrill L, Mittal L, Nicoloro J, Caiozzo C, Maciejewski PK, Miller LJ. Screening for bipolar disorder during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(4):579-83.
25. Sharma V, Al-Farayedhi M, Doobay M, Baczynski C. Should all women with postpartum depression be screened for bipolar disorder? *Med Hypotheses*. 2018;118:26-8.
26. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for Perinatal Depression. *Replac Comm Opin*. 2018;132(757):208-12.
28. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577-88.
29. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian J Med Biol Res*. 1998;31(6):799-804.
30. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I et al. Fatores

sociodemográficos de risco de depressão perinatal: Um estudo populacional no sistema público de cuidados de saúde. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(2):143-8.

31. Melo EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DFB, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord.* 2012;136(3):1204-8.

32. Brancaglioni MY, Castro e Couto T, Gomide VA, Fernandes MDL, Nicolato R, Corrêa H. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression in the Brazilian public health system. *Clin Neuropsychiatry.* 2013;10(2):102-6.

33. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Validation of the Maltese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(2):75-80.

34. Mauri M, Oppo A, Borri C, Banti S. Suicidality in the perinatal period: Comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(1):39-47.

35. Gelaye B, Kajeepeta S, Williams MA. Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Arch Women Ment Health.* 2016;19(5):741-51.

36. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):13-23.

37. Kataoka MC, Carnevalheira APP, Ferrari AP, Malta MB, de Barros Leite Carnevalhaes MA, de Lima Parada CMG. Smoking during pregnancy and harm reduction in birth weight: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1-10.

38. Baptista FH, Rocha KBB, Martinelli JL, De Avó LR da S, Ferreira RA, Germano CMR et al. Prevalence and factors associated with alcohol consumption during

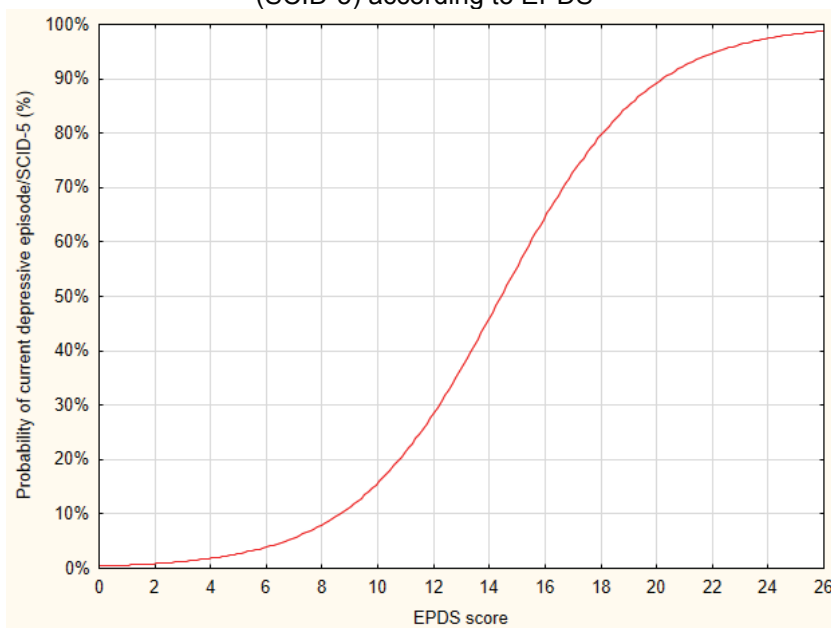
pregnancy. Rev Bras Saude Matern Infant. 2017;17(2):271-9.

39. Faisal-Cury A, Menezes PR. Type of delivery is not associated with maternal depression. Arch Womens Ment Health. 2019;22(5):631-5.

40. Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez GH. Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. Mol Psychiatry. 2019;24(2):198-217.

Graphs, Tables and Charts

Graph 1 - Probability of positive screening for current depressive episode (SCID-5) according to EPDS



Note: Logistic regression: $p < 0,001$

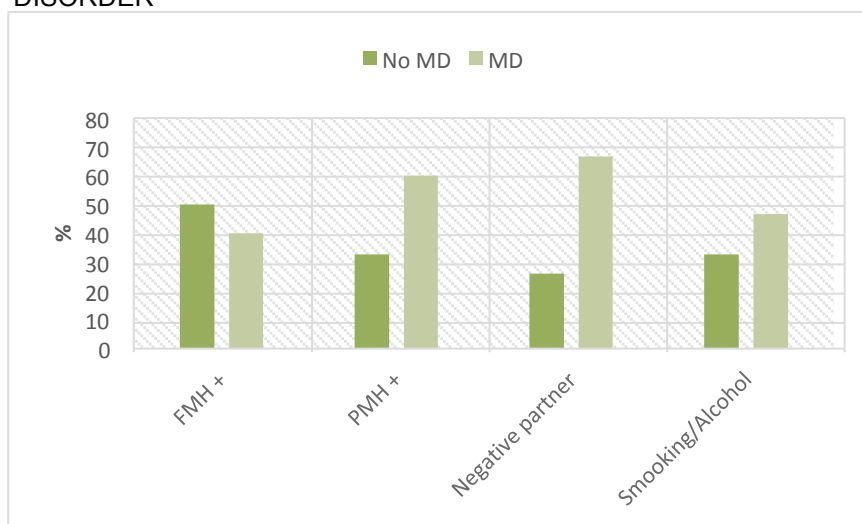
Table 1 - Scores and results of the Edinburgh Postpartum Depression Scale, Mental Disorder Questionnaire and frequency of depressive disorder and bipolar disorder

Screening and Scores	Median/n (%)
SCID-5	
Current depressive episode	10 (16.4%)
Bipolar affective disorder	10 (16.4%)
Isolated current depressive episode	5 (8.2%)
Isolated bipolar affective disorder	5 (8.2%)
Current depressive episode and bipolar affective disorder	5 (8.2%)
Current depressive episode or bipolar affective disorder	15 (24.6%)
EPDS screening	5 (0-24)
Positive	12 (19.7%)
Negative	49 (80.3%)
MDQ screening	5 (0-12)
Positive	22 (36.1%)
Negative	39 (63.9%)
Positive isolated EPDS	5 (8.2%)
Positive Isolated MDQ	15 (24.6%)
Positive EPDS and MDQ	7 (11.5%)
Positive EPDS or MDQ	27 (44.3%)

Table 2 - Accuracy of Edinburgh Postpartum Depression Scales and Mental Disorder Questionnaire for the identification of depressive episode and bipolar disorder

EPDS Scale		Depressive Episode SCID-5		Total
		Positive	Negative	
EPDS	Positive	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12 (19.7%)
	Negative	2 (4.1%)	47 (95.9%)	49 (80.3%)
	Total	10 (16.4%)	51 (83.6%)	61 (100.0%)
MDQ Scale		Bipolar Disorder SCID-5		Total
		Positive	Negative	
MDQ	Positive	7 (31.8%)	15 (68.2%)	22 (36.1%)
	Negative	3 (7.7%)	36 (92.3%)	39 (63.9%)
	Total	10 (16.4%)	51 (83.6%)	61 (100.0%)

GRAPH 2 - ASSOCIATION BETWEEN FACTORS AND MOOD DISORDER



NOTE: FISHER'S EXACT TEST: FMH: P = 0,56 PMH: P = 0,04 NEGATIVE PARTNER: P = 0,01 SMOKING/ALCOHOL: P = 0,36 MD = MOOD DISORDER FMH = FAMILY MORBID HISTORY PMH = PAST MORBID HISTORY

Table 3 – Risk factors for mood disorders

Risk Factors	OR	IC 95%	p
Religion	0.63	0.27-1.48	0.29
Education	1.02	0.39-2.6	0.96
Marital Status	0.76	0.38-1.52	0.44
Time with current partner	1.01	0.87-1.18	0.83
Works	2.23	0.54-9.21	0.26
Had do stop working	1.92	0.31-11.67	0.47
Family financial status	5.42	1.52-19.31	0.02
Who contributes most to income	0.61	0.20-1.82	0.38
Age of first sexual intercourse	1.01	0.77-1.32	0.93
Number of pregnancies	0.83	0.26-2.71	0.77
Anterior transpelic delivery	1.83	1.11-3.03	0.01
Planned pregnancy	2.03	0.46-8.95	0.34
Contraceptive method	1.80	1.10-3.41	0.10
Need for hospitalization	1.43	0.34-5.92	0.25
Psychiatric FMH	0.65	0.11-3.74	0.63
Psychiatric Disorder PMH	3.80	1.01-14.30	0.04
Drug addiction	3.99	0.69-22.99	0.12
Negative partner relationship	6.13	1.62-23.16	< 0.001

Note: Multivariate Logistic Regression FMH = family morbid history PMH = past morbid history

Chart 1 – EPDS Sensitivity and Specificity in Literature

Scientific papers	Year	Country	Cut-off	Sensibility	Specificity
De Fraga et al., 2020	2020	Brasil	13	80%	92.1%
Usuda et al. (16)	2017	Japão	13	90%	79%
Castro e Couto et al. (18)	2015	Brasil	11	81%	73%
Brancaglioni et al. (32)	2013	Brasil	9	80%	70%
Silva et al. (30)	2012	Brasil	13	59.5%	88.4%
Melo et al. (31)	2012	Brasil	13	75%	81%
Felice et al. (33)	2006	Malta	13	75%	95.8%
Da Silva et al. (29)	1998	Brasil	13	73%	90.5%

DISSERTAÇÃO REALIZADA CONFORME O MANUAL DE NORMALIZAÇÃO DE
DOCUMENTOS CIENTÍFICOS DE ACORDO COM AS NORMAS DA
ABNTUFPR – SISTEMA DE BIBLIOTECAS – 2017

DISPONÍVEL EM:

